

HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE CESÁREA

HUMANIZATION OF THE CESAREAN SECTION PROCESS

Revisión Narrativa

Trabajo Fin de Grado

Autoras: Cobeta García, Carolina
Pérez Talavera, Cristina

Tutora: Guzmán Almagro, M^a Isabel

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
HUMANIZACIÓN.....	3
CESÁREA	5
□ Antecedentes históricos	5
□ Tipos de cesárea.....	6
□ Incidencia.....	7
□ Cesárea humanizada.....	9
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA	12
RESULTADOS.....	14
PREPARTO	15
INTRAPARTO	17
□ Clima del quirófano	18
□ Medidas físicas.....	19
□ Contacto piel con piel	21
□ Acompañamiento	23
□ Competencias enfermeras	24
□ Seguridad	25
POSTPARTO.....	26
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	31
LIMITACIONES Y FORTALEZAS	34
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	34
AGRADECIMIENTOS	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<i>TABLA 1. Tipos de cesárea por indicación médica</i>	<i>6</i>
<i>TABLA 2. Tipos de cesárea sin indicación médica</i>	<i>6</i>
<i>TABLA 3. Objetivos maternos en función del tipo de parto.</i>	<i>10</i>
<i>TABLA 4. Términos MeSH y DeCS</i>	<i>12</i>
<i>TABLA 5. Criterios de inclusión y exclusión</i>	<i>13</i>
<i>TABLA 6. Resultados de las búsquedas.</i>	<i>14</i>
<i>GRÁFICO 1. Porcentajes de artículos revisados según la fase de parto.</i>	<i>15</i>
<i>GRÁFICO 2. Artículos revisados según temas en fase la de intraparto.</i>	<i>15</i>
<i>TABLA 7. Información de los artículos revisados.....</i>	<i>46</i>

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. DIAGRAMAS DE FLUJO.....	43
FIGURA 1. Diagrama de flujo Cinhal.	43
FIGURA 2. Diagrama de flujo Pubmed	44
FIGURA 3. Diagrama de flujo Google Académico	45
FIGURA 4. Diagrama de flujo Cuiden	45
ANEXO 2.....	46
TABLA 7. Información de los artículos revisados.....	46

RESUMEN

Introducción: El incremento de las tasas de cesáreas en la sociedad actual y las sensaciones negativas expresadas por las puérperas y sus familias llevan a la necesidad de humanizar este proceso en todas sus fases, dejando de ser el centro de atención el acto quirúrgico en sí, y siendo la mujer y familia los núcleos receptores del cuidado humanizado, respetando en todo momento sus derechos humanos.

Objetivos: El objetivo general es fundamentar la necesidad de humanizar el parto por cesárea, siendo los objetivos específicos establecer la importancia de la humanización en el intraparto de la cesárea e identificar la formación existente en torno a una cesárea humanizada en los profesionales sanitarios.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión narrativa de la bibliografía existente en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cuiden y Google Académico.

Resultados: De los resultados obtenidos, un 9% corresponde a información a la fase de preparto, un 62% a la fase de intraparto y un 29% a la fase de postparto. La evidencia encontrada se ha clasificado en torno a los siguientes temas: clima del quirófano, medidas físicas, contacto piel con piel, presencia de un acompañante, competencias enfermeras y seguridad.

Conclusiones: Se han demostrado los innegables beneficios que tiene realizar intervenciones humanizadoras durante el parto por cesárea. Cabe destacar que el escaso conocimiento encontrado durante las fases de preparto y postparto, lleva a identificar futuras líneas de investigación acerca de la formación de los profesionales y la información brindada a las familias.

Palabras clave: cesárea; cesárea natural; humanización; parto quirúrgico; contacto piel con piel; enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The increase in the caesarean section's rates in today's society and the unpleasant sensations experimented by the puerperal women and the family, lead to the need to humanize this process in all its phases. The surgical act itself should cease to be the focus of the procedure, shifting it directly towards the patient and her family, specifically towards their right and need to receive humanized care respecting their human rights.

Objectives: The general objective is to build the fundament of the need to humanize cesarean delivery, being the specific objectives to establish the importance of humanization in the intrapartum cesarean section and to identify the existing training healthcare professionals have in a humanized cesarean section.

Material and methods: A narrative review of the existing bibliography in the Pubmed, Cinahl, Cuiden and Google Scholar databases has been carried out.

Results: Of the results obtained, 9% correspond to information regarding the prepartum phase, 62% regarding the intrapartum phase and 29% regarding the postpartum phase. The evidence found has been classified into the following topics: operating room climate, physical measurements, skin-to-skin contact, presence of a companion, nursing skills, and safety.

Conclusions: The undeniable benefits of performing humanizing interventions during cesarean delivery have been demonstrated. The lack of knowledge found during the development of the prepartum and postpartum phases leads us to identify a future line of research, concentrating on the professionals' training and the information provided to families on the matter.

Keywords: cesarean section; natural cesarean; humanization; surgical delivery; skin-to-skin contact; nursing.

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI resulta innegable la pérdida de los valores humanos que ha ido aconteciendo a lo largo de la historia, esto ha dado lugar a una sociedad deshumanizada en todos sus aspectos, desde el inicio hasta el final de la vida.

HUMANIZACIÓN

La humanización es definida por la Real Academia Española como la “*acción y efecto de humanizar*”, es decir, el proceso por el que algo se “hace humano”, se trata de dotar de cualidades humanas a cualquier acción o elemento (1).

A pesar de que uno de los pilares básicos de la sanidad ha de ser la humanización, este término ha ido ganando importancia en las últimas décadas. Cuando se habla de humanización de la salud, se tiene en cuenta un componente ético, bioético y moral considerando al ser humano en todas las esferas, siendo sinónimo de hospitalidad y englobando el respeto por la vida, dignidad y derechos de todas las personas (2). Resulta imprescindible contar con un sistema sanitario humanizado en todos sus niveles de atención, destacando especialmente la labor enfermera, ya que son los profesionales quienes debido al ejercicio de su actividad asistencial, tienen un mayor contacto con el paciente al situarse a pie de cama durante todo el proceso de enfermedad.

Existen múltiples modelos y teorías de enfermería que recogen y sientan sus bases en una visión humanista del cuidado. Cabe destacar el modelo enfermero de Watson, quien establece una interconexión y subjetividad entre enfermera y paciente, donde los sentimientos adquieren un papel principal en el proceso de cuidado (3).

La humanización de los cuidados de enfermería implica centrar la atención en la relación que se establece con el paciente, lo que supone individualizar los cuidados conociendo la persona, su contexto y todo aquello que influya en su proceso de enfermedad (4).

“La atención a las personas debe trascender el aspecto tecnológico de los procesos asistenciales y recuperar la dimensión social, cultural y humana. No debe ser un acto rutinario ni automático” (4).

Es importante destacar este aspecto humanitario, ya que, en la práctica enfermera existen múltiples guías y protocolos de acción relacionados con procesos técnicos automatizados pero, sin embargo, no son tantos los recursos existentes para tratar situaciones de cuidado sensible o relacionado con el sufrimiento interno del paciente. Es evidente, por tanto, la existencia de un riesgo de deshumanización de los cuidados a nivel mundial que está ligado a la reestructuración administrativa y sistematización de los procesos de cuidado (5). Debido a esta situación, es especialmente relevante incidir sobre la importancia de recuperar el valor del factor humano, empático, compasivo y cercano que de manera profesional ejerce la enfermería.

El modelo asistencial que se aplica en instituciones hospitalarias dependerá de las materias formativas que confeccionen el programa docente de la titulación. Cabe resaltar que el diseño del programa docente de la titulación en los distintos países influirá sin duda en el modelo asistencial de cuidados. A nivel europeo, aquellos países donde predomina el modelo anglosajón, consideran que los estudiantes de Enfermería tan sólo pueden proporcionar los cuidados básicos y, con la experiencia laboral, adquirirán el resto de destrezas. Sin embargo, en la mayoría de países europeos (nórdicos, Europa Central, España) se instruye a los profesionales para proporcionar cuidados humanizados que van mucho más allá de habilidades técnicas básicas (6). Resaltar la importancia de formar en este campo a futuros profesionales marcará un antes y un después no solo en el personal sanitario, sino también en la calidad de los cuidados que estos proporcionan.

Esta creciente deshumanización de los cuidados se hace especialmente visible en áreas quirúrgicas que, al ser unidades de alta especialización, requieren sin lugar a dudas, de personal formado con elevado conocimiento científico y destreza técnica. No tanto es así sobre humanización. En estos servicios especiales el paciente suele percibir un trato impersonal, considerándose a sí mismo un caso más donde se excluye el cuidado familiar. Es por ello que, en unidades donde se produce una ruptura temporal de la unidad familiar, es imprescindible subrayar la importancia de formar y dispensar a los profesionales en un cuidado humanizador para que estos lo puedan aplicar. La enfermería posee el papel protagonista en este aspecto, al ser reconocida por los pacientes como la disciplina que desarrolla esta labor de manera más efectiva. Dado que la evidencia muestra que un cuidado más hospitalario, es decir, una asistencia integral y holística, es uno de los aspectos que más satisface al paciente tras la intervención, el personal enfermero debe ser

capaz de integrar sus habilidades técnicas con cuidados individualizados dirigidos al paciente para poder ofrecer una asistencia de calidad (7). Estos procedimientos quirúrgicos suelen provocar ansiedad y angustia por miedo a lo desconocido, y buscan una figura representativa que les aporte seguridad, siendo una comunicación asertiva y empática realizada por el personal de enfermería lo que proporciona la seguridad y el apoyo necesario en estos casos (8).

CESÁREA

En la mujer, uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados y que últimamente se ha visto significativamente incrementado, es el parto por cesárea instrumentalizado (9). La cesárea es una vía de parto en la cual a la mujer se le realiza una incisión en el abdomen y el útero a través de un procedimiento quirúrgico para el nacimiento del feto (10).

▪ Antecedentes históricos

En sus inicios este procedimiento se realizaba para salvar la vida del bebé de forma excepcional cuando existían complicaciones en el parto. Las primeras evidencias datan del año 1.975 a.C., durante miles de años se llevó a cabo con el objetivo de sacar al feto para su supervivencia si la madre se encontraba moribunda o post-mortem. Posteriormente se comienzan a realizar cuando la madre aún vive, pero el desconocimiento anatómico y quirúrgico lleva a una mortalidad del 75% al 100% de las mujeres. No es hasta finales del siglo XIX cuando se comienza a suturar el útero tras la intervención, lo que desencadena cifras de supervivencia mucho más elevadas, convirtiendo la cesárea en una alternativa viable. Implementando los nuevos conocimientos en este campo, junto con los avances tecnológicos y nuevas técnicas obstétricas se ha conseguido que actualmente la cesárea sea una intervención igualmente lícita para dar a luz, llegando a distinguirse incluso como opción preferible por un alto porcentaje de madres (11). La realización de la cesárea se ha ido enfocando cada vez más a mantener el bienestar materno y no solo del bebé, sin embargo, los avances científicos han hecho que en las últimas décadas se trate de una operación cada vez más instrumentalizada, dándose la necesidad de recuperar esa preocupación por mantener el confort materno durante la intervención.

- **Tipos de cesárea**

Se distinguen diversas modalidades de cesárea: por indicación médica, cuando por motivos de salud materno-fetales supone un riesgo el parto vaginal; y por motivos no médicos, que se realizan por razones ajenas a las complicaciones de un parto vaginal.

TABLA 1. Tipos de cesárea por indicación médica

Tipos de cesárea por indicación médica (12)	
Cesárea electiva	Intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto vaginal.
Cesárea en curso de parto	Intervención que se realiza por distintos problemas maternos, mayormente por distocia, cuando no existe ningún peligro inminente para la madre o el feto.
Cesárea urgente	Intervención que se realiza por riesgo vital materno-fetal como consecuencia de una patología aguda o grave de la madre o del feto indicando así la finalización del embarazo de forma inmediata.

Elaboración propia

TABLA 2. Tipos de cesárea sin indicación médica

Tipos de cesárea sin indicación médica	
Cesárea por petición materna	Intervención que se realiza sin indicación médica, por elección de la madre antes de entrar en trabajo de parto o en ausencia de indicaciones maternas o fetales (13).
Cesárea defensiva	Parto por cesárea por recomendación médica en ausencia de indicación médica clara que indique su necesidad. Se realiza para evitar posibles litigios o una posible acusación de negligencia (14).

Elaboración propia

Todos estos tipos de cesáreas deberían tener como elemento común lo que se ha definido como **cesárea natural o humanizada**, una condición que debe aplicarse a todas las anteriores. Esta supone un cuidado más centrado en la mujer y su familia. Por ello, se debe salvaguardar el proceso fisiológico de parto en lo posible, una doble vertiente de cuidados individualizados: a la mujer, orientándola y aconsejándola en este proceso, respetando siempre sus opiniones; y a la familia, estableciendo un clima acogedor de confianza y comunicación efectiva, respetando en todo momento la dignidad e intimidad.

▪ Incidencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que el porcentaje ideal de cesáreas debe encontrarse entre un 10%-15% (15). Sin embargo, las tasas de partos por cesárea a nivel mundial han aumentado considerablemente en las últimas décadas. Entre 1990 y 2014 se ha dado un aumento de partos por cesárea de un 19% en América Latina, un 15% en Asia, 14% en Europa y un 10% en América del Norte. Este incremento tan significativo ha llevado a una incidencia de cesáreas de más del 50% en países como Brasil y China (16), en torno al 30% en Estados Unidos y Alemania, y superior al 20% en Reino Unido y Francia (17). España en concreto, en el año 2015, llegó a registrar un porcentaje superior del 30% en al menos 8 Comunidades Autónomas (18), alcanzando en el año 2018 un 26% de cesáreas, dato que supone casi el doble de lo recomendado por la OMS (19).

Este incremento del índice de cesáreas a nivel mundial se ha visto condicionado por múltiples factores. Uno de ellos es el aumento de cesáreas que se realizan por indicación médica ante situaciones de riesgo en partos vaginales, como pueden ser la gestación múltiple, enfermedades maternas asociadas, riesgo del feto, etc.(20). También cabe destacar un aumento de las cesáreas programadas tras una cesárea previa, ya que en muchos casos no se considera la opción de realizar un parto vaginal tras cesárea, aun siendo exitosos en el 75% de los casos (21). En el caso de la sanidad privada, se ha visto un aumento de las tasas de cesárea debido a la facilidad que supone planificar un nacimiento programado en cuanto a organización de personal, equipo, tiempo y recursos en lugar de un parto natural (11). Por otro lado, es importante mencionar también que el aumento de la edad media materna puede suponer un incremento de las cesáreas debido a la mayor probabilidad de intervención quirúrgica, siendo esta en España una de las más elevadas en torno a los 32 años (18).

Sin embargo, uno de los motivos más influyentes y controvertidos actualmente es la elevación de cesáreas por petición materna. Desde que el parto por cesárea se asienta como una modalidad que ya no pone en riesgo la vida de la madre, las mujeres han comenzado a ser más partícipes y autónomas en la toma de decisiones acerca de su forma de parto (22). Los motivos más destacados por los que las madres deciden elegir una cesárea como modalidad de parto son, en más de la mitad de los casos, el miedo al dolor

del trabajo de parto, aunque también se hace referencia a las complicaciones posteriores al parto vaginal, como una posible disfunción sexual y distocia pélvica (13). La evidencia muestra que alrededor del mundo, un 16% de las mujeres prefiere la cesárea ante un parto vaginal (23), aunque hay países en los que estas cifras se disparan. Es importante recalcar que más de un tercio de las mujeres no reciben información más allá que la obtenida a través de sus familiares o allegados (24). Por ello, se ha de tener en cuenta que es de vital importancia que tanto las mujeres como su familia tengan toda la información necesaria de forma objetiva, previamente a la elección de la modalidad de parto (22). Se ha demostrado que las intervenciones realizadas por las enfermeras, tanto la información preparto a la familia como la influencia en la decisión del médico, pueden afectar en una disminución la tasa de cesáreas (11).

Si bien es cierto que el parto por cesárea supone una opción alternativa favorable ante la complicación de un parto vaginal, esta conlleva unos riesgos asociados propios de una intervención quirúrgica. Por ello, la recomendación general se mantiene en que se deberá realizar el parto por cesárea tan solo cuando los beneficios sean mayores que los riesgos que supone (13). En comparación con el parto vaginal, la cesárea presenta mayores complicaciones asociadas, entre las que se pueden destacar un mayor índice de infecciones y complicaciones de la herida quirúrgica, complicaciones relacionadas con el mayor sangrado, riesgos de placenta previa y acreta en futuros embarazos, riesgo de ruptura uterina e hysterectomías y aumento de complicaciones con la lactancia materna de forma posterior (13)(25). Se ha demostrado que las enfermeras tienen la habilidad de reducir los riesgos y complicaciones asociadas con el parto debido a su conocimiento obstétrico basado en la evidencia que les permite proporcionar cuidados de calidad (11).

La gravedad de estas complicaciones y el alarmante aumento en la incidencia de cesáreas a nivel mundial ha llevado a entender la cesárea como una operación quirúrgica instrumentalizada, dejando de lado la naturalidad del proceso de dar a luz. De ahí surge la necesidad de humanizar este proceso, para equiparlo lo más posible a un parto natural en el que la mujer junto con la familia, y no la cruenta técnica quirúrgica, sean el centro de los cuidados.

▪ Cesárea humanizada

La cesárea humanizada tiene como base centrar los cuidados en la mujer, respetando en todo momento sus derechos humanos. Esto implica evitar cualquier acto que incurra en violencia obstétrica, siendo ésta definida como:

“La violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en el género que implica la pérdida de poder sobre el propio cuerpo de las mujeres en los procesos de embarazo y parto y que, además, implica un abuso injustificado de la medicalización. Es un trato degradante y deshumanizador que, como consecuencia, deriva en la pérdida de autonomía de las mujeres y de su poder de decisión durante todo el proceso.” (18, p.104)

En otras especialidades, para que el paciente sea partícipe activamente en sus cuidados, se les pregunta acerca de cuáles son sus expectativas y sus objetivos durante el tratamiento. En el caso de la obstetricia, la forma de involucrar a la mujer y hacerla protagonista de sus cuidados es a través de sus preferencias en cuanto al proceso de dar a luz. Es imprescindible tener en cuenta los valores, los objetivos y los deseos en cuanto a su experiencia de parto, que deben estar recogidos en lo que se denomina “plan de parto” (18)(26).

Existe una creencia común en cuanto a los objetivos y deseos de las madres, de que estos difieren en función de la vía preferente de parto. Se cree que la única estrategia de la mujer que prefiere un parto por cesárea es tener los factores externos bajo control y que, al ser un procedimiento quirúrgico, la mujer no espera unos cuidados enfermeros específicos y de acompañamiento al parto, sino unos cuidados quirúrgicos centrados en la operación. Sin embargo, estas no deberían ser las expectativas ya que, independientemente de la vía, todo nacimiento debe seguir su previo plan de parto. Se han identificado unos patrones de afrontamiento específicos en las mujeres que tienen un parto por cesárea. Sin embargo, independientemente de la vía de parto elegida, queda probado que las mujeres tienen unos objetivos comunes. Por tanto, hay resultados que pueden ser valorados universalmente, enumerándose en la tabla 3 (26).

TABLA 3. Objetivos maternos en función del tipo de parto.

Parto por cesárea	
Factores externos bajo control como son los cuidados quirúrgicos	
<ul style="list-style-type: none"> > Ansiedad por pérdida de control de los eventos > Pérdida de soporte familiar y sanitario 	
Partos por cesárea y vía vaginal	
<ul style="list-style-type: none"> > Salud materno-fetal > Evitar complicaciones derivadas del parto > Parto corto sin dolor 	<ul style="list-style-type: none"> > Implicación del acompañante > Realización del contacto piel con piel > Control externo de la situación

Elaboración propia

Esta desafortunada evolución hacia la deshumanización de los cuidados durante el proceso de cesárea, hace inevitable el desarrollo de protocolos donde las intervenciones enfermeras engloben actividades que cubran plenamente las necesidades y deseos de la mujer, siendo esta el centro de los cuidados. La evidencia muestra que los dos factores más importantes para dar soporte a estas necesidades son: una educación para la salud previa a la decisión de la vía parto, tanto a la madre como a la familia realizada de forma interdisciplinar; y programas de formación a los sanitarios en cuanto a habilidades de parto, mejora de los procesos de emergencias obstétricas y protocolos específicos de cesárea (16). Se les debe informar sobre las ventajas y desventajas de la cesárea y del parto vaginal, para que se tenga una información completa y objetiva acerca del proceso tanto de preparto, intraparto, postparto y posterior sobre nutrición y lactancia materna.

Este intento de humanizar la cesárea se ha unificado bajo el nombre de **cesárea natural o humanizada** que, como se ha expuesto previamente, es aquella que centra sus intervenciones en las necesidades de la mujer y la familia. A pesar de seguir siendo una intervención quirúrgica, debe intentar asemejarse a la vía vaginal dándole la naturalidad propia del proceso de parto. Esta modalidad implica que se lleven a cabo una serie de intervenciones. Además, se ha demostrado que los porcentajes de complicaciones son iguales o inferiores a una cesárea tradicional. Asimismo, se llevan a cabo otras intervenciones enfermeras que tienen como único objetivo mejorar la calidad de parto tanto para la mujer como para la familia (27).

Se llevan a cabo diferentes intervenciones en función de la fase de parto en la que se encuentra la mujer. En cuanto a la situación de preparto, esta comprende el periodo de tiempo previo al nacimiento del recién nacido. El intraparto corresponde a la fase intraoperatoria, que comprende desde que la mujer ingresa en quirófano y comienza el parto quirúrgico, hasta que se produce el nacimiento del recién nacido y la madre pasa a la sala de reanimación. En este periodo se realizan intervenciones cruciales para la humanización de la cesárea como son el contacto piel con piel y el acompañamiento, además de otras que mejoren el ambiente quirúrgico proporcionando un clima de intimidad. Por último, la fase de postparto, también denominada “cuarto trimestre” es aquella que comprende los tres primeros meses tras dar a luz (28). En esta predominan las intervenciones relacionadas con la recuperación materna y el vínculo madre-hijo. Es esencial destacar la importancia de humanizar todas y cada una de las fases, ya que solamente en su totalidad es cuando se podrá hablar de un parto humanizado.

▪ Metodología enfermera

La importancia del papel de la enfermería en este proceso se ve plasmada en la existencia de una metodología enfermera a través de la taxonomía NANDA (29). Las funciones realizadas por este colectivo en torno al proceso de cesárea se ven únicamente recogidas de forma específica en la intervención NIC [6750] de “Asistencia al parto por cesárea”. Además, se pueden encontrar varios resultados aplicables a la cesárea, como el NOC [1818] “Conocimiento: salud materna en el puerperio”, el NOC [1624] “Conducta de la salud maternal postparto”, el NOC [2509] “Estado materno: preparto” y una intervención NIC [6772] “Monitorización fetal electrónica: durante el parto”.

OBJETIVOS

Como resultado de la deshumanización en el parto por cesárea provocada por unos cuidados únicamente quirúrgicos y descentralizados de la familia, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- > Fundamentar la necesidad de humanizar el parto por cesárea.

Objetivos específicos:

- > Establecer la importancia de la humanización en el intraparto de la cesárea.
- > Identificar la formación existente en torno a una cesárea humanizada en los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

La información obtenida para la realización de esta revisión bibliográfica se ha obtenido de las bases de datos de Ciencias de la Salud *Pubmed*, *Cinahl*, *Cuiden* y *Google Académico*.

Se ha establecido una estrategia de búsqueda, utilizando un lenguaje controlado de términos *MeSH* (Medical Subject Headings) y *DeCS* (Descriptores en Ciencias de la Salud) mostrados en la tabla 4. Además, se han utilizado términos en lenguaje libre que, paradójicamente, debido a la gran magnitud de resultados obtenidos únicamente con lenguaje controlado, han permitido acotar y dirigir las búsquedas al contenido pertinente para la revisión. Se han establecido unos términos específicos para cada base de datos, dividiéndose en dos grandes bloques: la cesárea y la humanización de los cuidados. Además, estos términos se han combinado entre sí, mediante los operadores booleanos “AND” utilizándose para combinar ambos bloques, y “OR” para combinar sinónimos.

TABLA 4. Términos *MeSH* y *DeCS*

Pubmed	Cinahl	Cuiden
Cesarean section	Cesarean section	Cesárea
Care, Nursing	Abdominal delivery	Satisfacción
Nursing care	C-section	del paciente
Patient satisfaction	Patient satisfaction	
Operating room	Patient centered care	
Health education	Humanized care	
Best practice	Best practices in nursing	
	Compassionate care	

Elaboración propia

Asimismo, para acotar y precisar en dichas bases de datos, se han seleccionado los filtros de: idioma (inglés y español), fecha de publicación los últimos 10 años (2010-2020), términos *MeSH/DeCS* para el lenguaje controlado y filtro de Título/Resumen para lenguaje no controlado.

En algunos casos específicos, debido a la gran cantidad de resultados obtenidos, ha sido necesario el uso de otros filtros adicionales como son: fecha de publicación últimos 5 años (2015-2020), disponibilidad de texto completo gratuito y el filtro de “*Best Match*” en la base de dato de *Pubmed*. Los resultados obtenidos se recogen en el anexo 1.

Tras concluir la estrategia de búsqueda, los resultados se han seleccionado manualmente según título, resumen y análisis del contenido. Este cribado se ha realizado en función a los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente, mostrados en la tabla 5.

TABLA 5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idioma: español e inglés ✓ Fechas de publicación: 2010-2020 ✓ Contener las palabras claves ✓ Presencia del colectivo de enfermería ✓ Que estudien de la estadística de la cesárea ✓ Desarrollo de la técnica del piel con piel ✓ Expongan la elección de parto por cesárea 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Exclusivos de parto vaginal ✗ Exclusivamente se aborda el tratamiento farmacológico ✗ Desarrollan exclusivamente las técnicas médicas ✗ Exclusivos de cesáreas de emergencia.

Elaboración propia

RESULTADOS

Una vez realizadas las búsquedas en las bases de datos expuestas anteriormente, se obtuvieron 156.841 resultados, reduciéndose a 281 documentos tras la aplicación de filtros. Posteriormente se han seleccionado en función del título, resumen y contenido obteniéndose un total de 35, tras eliminar los documentos repetidos. Este cribado para la selección de artículos analizados se puede visualizar en la tabla 7.

TABLA 6. Resultados de las búsquedas.

Bases de datos	Sin filtros	Con filtros	Por título	Por resumen	Repetidos	Por contenido
Pubmed	1.371	151	62	50	6	20
Cuiden	26	21	9	9	1	2
Cinhal	98.244	62	21	19	0	6
Google Académico	57.200	47	16	16	6	7
TOTAL	156.841	281	108	94	13	35

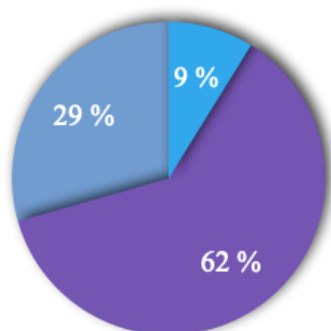
Elaboración propia

Los artículos seleccionados proceden de los siguientes países: España, Estados Unidos, Colombia, México, Brasil, Turquía, Reino Unido, Sudáfrica, Canadá, Países Bajos y Uganda. Las fechas de publicación abarcan desde el año 2008 hasta el 2019.

A continuación se ha realizado una clasificación de los artículos seleccionados en función de la fase de la cesárea que analizan: fase preparto, intraparto o intraoperatoria y de postparto. Como se puede observar en el gráfico 1, el mayor volumen de artículos corresponde a la fase de intraparto. Esto, junto con el hecho de ser la propia intervención quirúrgica lo que diferencia un parto vaginal de un parto por cesárea, han sido los factores que han motivado focalizar el análisis en dicha etapa de la cesárea. De igual modo, se ha clasificado la información obtenida en este periodo en función de las diferentes intervenciones llevadas a cabo para lograr una cesárea humanizada, plasmadas en el gráfico 2.

GRÁFICO 1. Porcentajes de artículos revisados según la fase de parto.

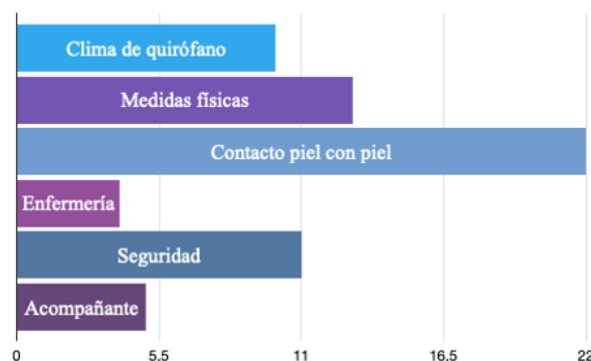
● Preparto ● Intraparto ● Postparto



Elaboración propia

GRÁFICO 2. Artículos revisados según temas en fase la de intraparto.

■ 10 artículos ■ 13 artículos
■ 22 artículos ■ 4 artículos
■ 11 artículos ■ 5 artículos



Elaboración propia

En función de la clasificación expuesta anteriormente, se analizan los resultados obtenidos en relación a las diferentes fases del parto.

PREPARTO

En la fase previa a la cesárea se observa escasa evidencia sobre las intervenciones a realizar. Se encuentran única e íntegramente tres artículos que traten sobre el preparto en la cesárea: Kenyon, L. et al (30), identifican tres de los temas que más preocupan a las mujeres en esta etapa; Melman, S. et al (31), exponen la perspectiva de los profesionales a la hora de afrontar un parto humanizado; y Loke, A.Y. et al (22) apuntan la necesidad de proporcionar una información sólida y fiable a las mujeres para una buena decisión de modo de parto. Sin embargo, son múltiples los artículos que hacen referencia, en algún momento, a los cuidados a realizar durante el preparto.

Kenyon, L. et al (30) exponen temas donde las mujeres se muestran insatisfechas durante esta fase, como son la información accesible, las decisiones tardías y la necesidad de una constante reafirmación de parto por cesárea. Los resultados indican que la mayoría de ellas reciben una información muy diferente en función de la experiencia del personal por el que son atendidas y esta es insuficiente cuando se trata de cómo será la experiencia de la cesárea, teniendo en cuenta riesgos a corto y largo plazo. Además, comentan la necesidad de no incidir constantemente en una realización de parto vaginal una vez la decisión está tomada con toda la información necesaria, ya que provoca insatisfacción y frustración materna, además de un retraso en la toma de decisiones y plan de parto.

Sin embargo, los autores Melman, S. et al (31) exponen la existencia de unas barreras hacia el parto por cesárea, como protocolos estandarizados no centrados en las características individuales de la mujer, falta de habilidades técnicas para el manejo de este proceso, y problemas de colaboración entre especialistas para llevar a cabo el cuidado del paciente. A su vez, proponen el uso de un facilitador como son los protocolos de cooperación entre atención primaria y hospitalización, que permiten la información durante la fase de parto. En esta misma línea se encuentran Brady, K. et al (32) que apuntan la necesidad de una educación en todas las disciplinas para favorecer el cambio del entorno y poder desarrollar de forma óptima los cuidados de una cesárea humanizada en todas sus fases, incluyendo el quirófano. Mercier, R. y Durante, J. (33) y Camann, W. (34) se centran exclusivamente en la implantación de la cesárea humanizada, destacando la necesidad de un programa formativo para los profesionales en cuanto a beneficios y técnicas, para brindar una información completa y cuidados centrados en la mujer. Del mismo modo, Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35) resaltan que se ha de trabajar en la formación de profesionales con elementos científicos, técnicos, éticos y legales, que promuevan el cuidado integral, pero, sobre todo, con la aplicación de intervenciones que den el mayor beneficio a las madres y sus recién nacidos, permitiendo ejercer su autonomía y disminuir los riesgos.

Por otro lado, según la información ya expuesta previamente por Kosan, Z. et al (24), un 31% de mujeres no reciben información más allá que la de los familiares, por ello recomiendan en su estudio la necesidad de programas de educación donde las mujeres deben ser informadas sobre el parto con métodos farmacológicos y no farmacológicos, sin dolor o para reducirlo, para así tomar decisiones informadas independientemente de los prejuicios sociales e individuales. Del mismo modo, Loke, A.Y. et al (22) señalan que son las obstétricas las profesionales que tienen el deber de dar información que guíe a las mujeres en la decisión de elegir cuál es el método más seguro y apuntan que estos consejos o información son muchas veces basados en la “experiencia personal” u opinión de la propia matrona. Por tanto, no hay forma de saber si las mujeres toman sus decisiones de parto en base a una información objetiva basada en la evidencia científica y de forma autónoma. De este modo, como indican Silva, T. et al (36) la atención del parto, por lo tanto, debe ser segura y estar vinculada a la evidencia científica, para alentar la autonomía de las mujeres y dar un nuevo significado a este momento único de parto para las madres y profesionales que lo viven.

Otros autores como son Brady, K. (32), Martínez-Martínez, T. y Damian-Ferman, N. (37), y Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38) señalan la necesidad de un programa de educación enfocado en la mujer en cuanto a beneficios y riesgos de llevar a cabo un parto por cesárea y de la experiencia en sí, además de un programa de educación y formación a los propios profesionales para poder realizar un cuidado humanizado y centrado en la mujer. En otra línea, algunos autores como Mesner, E. (39) reflejan la necesidad de mejorar los procesos educativos en los padres durante esta y todas las fases del proceso. Es por ello, que Brüggemann, O.M. et al (40), en su estudio señalan que la falta de participación en el periodo neonatal dificulta la entrada del acompañante y afirman que las mujeres tienen derecho a ello durante el parto. Por ello, los profesionales sanitarios han de implicarles en los cuidados prenatales para estar preparados durante el parto, adquiriendo conocimientos teóricos, psicológicos y emocionales.

Martin, A. et al (41) exponen que la ausencia de conocimiento y preparación de las mujeres en la fase prenatal tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo durante la fase de postparto. Aydin, S. et al (42) apoyan esta idea cuando en su estudio demuestran que los pacientes que entienden el proceso y reciben información adecuada sobre los procedimientos, tienen confianza no solo en el tratamiento y la atención al paciente, sino también en el equipo de salud que brinda este servicio, aumentando así su nivel de satisfacción. En esta misma línea, Blomquist, J. et al (26) indican una mayor satisfacción materna en mujeres con cesáreas con un plan de parto. A su vez, Alderdice, F. et al (43) en su artículo recomiendan que una mejor preparación de las mujeres y sus acompañantes a través de la educación prenatal e intervenciones psicosociales, puede ser beneficiosa para ayudar a las mujeres a tener unas expectativas realistas sobre el parto, siendo óptimas para el ajuste postnatal materno.

INTRAPARTO

Gran parte de información encontrada en artículos, estudios y protocolos de acción es referida específicamente a este momento de la cesárea. Este hecho permite una representación mucho más concisa de las medidas a tomar en este momento en comparación a las acciones a realizar en las demás etapas del proceso.

▪ **Clima del quirófano**

Son muchos los autores que aseguran que un ambiente tranquilo puede ayudar a la madre a mantener la calma y estabilidad durante el nacimiento en quirófano, hecho que puede ser mejorado gracias al personal sanitario. Proporcionar un lugar tranquilo supone el inicio de la preparación para una cesárea más humanizada. Resulta de vital importancia humanizar el quirófano, ya que en sí el lugar puede ser fuente de discomfort y creador de estrés o ansiedad en la madre. Camann, W. (34), Magee, S. et al (44), Schorn, M. et al (45), Pérez, E. y Rincón, C. (46) y Wisner, K. (47) señalan que se debe reducir la conversación del personal de quirófano a lo mínimo necesario durante la cirugía, para evitar distracciones tanto para los profesionales como para la madre y su acompañante. Del mismo modo estos autores indican que, permitir que los padres lleven su propia música a la sala de quirófano, puede ayudar a mantener la calma y hacer más personal su experiencia, disminuyendo la agresividad propia del lugar. Onsea, J. et al (48) sugieren que, además de reproducir la música que ellos deseen, resulta conveniente adecuar la temperatura de la sala para proporcionar mayor calidez y ayudar al mantenimiento de la temperatura del recién nacido. Las mismas acciones son comentadas por Pérez, E. y Rincón, C. (46), Wisner, K. (47) y Tillett, J. (49), quienes añaden que una disminución o adecuación de la luz de la sala operatoria puede resultar beneficioso para crear un ambiente más íntimo. Schorn, M. et al (45) mencionan también, que permitir al acompañante tomar fotos o vídeos del momento especial para la familia puede ser altamente satisfactorio. Tanto es así, que permitir tanto a la madre como a su acompañante visualizar el momento exacto del nacimiento del bebé les hace sentir más partícipes, siendo uno de los aspectos que mayor impacto positivo tiene en la cesárea humanizada. Camann, W. (34), Pérez, E. y Rincón, C. (46), Wisner, K. (47), Onsea, J. et al (48) y Tillett, J. (49) exponen que en el momento previo a la extracción del recién nacido del útero materno, se puede bajar el paño frontal que forma parte del campo quirúrgico, ya que tapa la visión de la madre, para permitir así vivir ese momento único. Siguiendo esta misma línea, Mercier, R. y Durante, J. (33) y Camann, W. (34) optan por el uso de un paño quirúrgico transparente que permita ver el momento sin necesidad de mover el instrumental de la mesa quirúrgica. Estos detalles no siempre son tenidos en cuenta, como indica Zavala, J.O. (50), un 36% de las mujeres en su estudio no identifican el lugar como tranquilo ni íntimo, significando que una de cada cuatro no se sintiera segura durante la cesárea, lo cual podría tener un gran impacto en la satisfacción materna posterior.

▪ **Medidas físicas**

Asimismo, se dan una serie de medidas físicas de organización y logística, que resultan convenientes para la adaptación a este tipo de cesáreas y permitir así un mejor control de todos los factores externos. Muchas de estas medidas surgen en torno a la idea de obtener unas condiciones ideales para poder realizar el contacto piel con piel tras el nacimiento. Para ello, es ventajoso que la madre tenga los brazos lo más liberados posible. Camann, W. (34), Schorn, M. et al (45), Pérez, E. y Rincón, C. (46), Wisner, K. (47), Cerdán-Jiménez, M. et al (51) y Smith, J. et al (52) indican que se debe insertar la vía venosa periférica siempre que sea posible en el brazo no dominante de la mujer, permitiendo así que ese brazo pueda moverse y no se obstruya la perfusión de fluidos en la vía.

Con la misma finalidad, Camann, W. (34), Pérez, E. y Rincón, C. (46), Wisner, K. (47), Cerdán-Jiménez, M. et al (51) y Smith, J. et al (52) añaden que los electrodos necesarios para el control del electrocardiograma materno durante la intervención, pueden ser colocados en los laterales, hombros e incluso la espalda, dejando así el espacio del pecho libre para posicionar al bebé. El pulsioxímetro, según Pérez, E. y Rincón, C. (46) y Wisner, K. (47) puede ser colocado en la mano donde se sitúe la vía venosa o, como sugieren Smith, J. et al (52), podría colocarse en el dedo del pie para liberar del mayor aparataje posible las extremidades superiores. Muchos de los autores nombrados comentan que, para humanizar la cesárea, debe asemejarse en todo lo posible a un parto natural, de forma que las madres puedan tener una experiencia similar. En esta línea, Onsea, J. et al (48) defienden la realización de un empuje ficticio ante la salida inminente del recién nacido para simular así el parto vaginal natural.

Según Smith, J. et al (52) puede que el hecho de que la mujer lleve su propia ropa en el quirófano proporcione cierta confianza en la madre. Una de las acciones que es considerada como elemento no sólo humanizador, sino beneficioso para el bebé, es el clampaje y corte tardío del cordón umbilical. Son múltiples los autores que se posicionan a favor de realizarlo, así lo indican Mercier, R. y Durante, J. (33), Camann, W. (34), Wisner, K. (47), Tillett, J. (49), Cerdán-Jimenez, M. et al (51) y Smith, J. et al (52) en sus artículos. Schorn, M.N. et al (45) indican que cortar el cordón antes de tiempo puede producir un riesgo de déficit de hierro en el neonato, de forma que se debe posicionar al niño por debajo del nivel de la incisión del útero y esperar al menos 30 segundos para que la sangre del cordón llegue al recién nacido. Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35), del

mismo modo, señalan que se deben evitar acciones dañinas como el pinzamiento temprano del cordón, hecho que puede causar anemia en el recién nacido durante la primera mitad de la lactancia. Puede ser beneficioso también para una mejora de la oxigenación cerebral en prematuros durante las primeras 24 horas de vida . Además de un mínimo de 30 segundos de espera, Magee, S. et al (44) indican adicionalmente que antes de sujetar y cortar el cordón se puede realizar la estimulación del bebé en la propia mesa de operación, refiriéndose a las medidas de reanimación iniciales sin complicación. El tiempo que se debe esperar para realizar el clampaje, sin embargo, difiere en función del estudio, siendo Camann, W. (34) quien indica conveniente que sean entre 1-2 minutos para permitir así una adecuada autotransfusión. Zavala, J.O. (50) en su estudio cualitativo en Sudamérica, indica que el clampaje tardío se realiza en tan solo un 6% de hospitales públicos y un 36% de los privados, siendo una técnica predominante en los partos atendidos en hogares en un 96% de los casos. Expone además que es conveniente esperar entre 1-3 minutos, hasta que el cordón deje de latir. Esta maniobra puede suponer además un momento especialmente emotivo y satisfactorio para la pareja, si se da la oportunidad de realizar el corte al acompañante que se sitúa en el quirófano, como indican conveniente gran parte de los autores: Mercier, R. y Durante, J. (33), Wisner, K. (47), Zavala, J.O. (50), Cerdán-Jimenez, M. et al (51) y Smith, J. et al (52).

Entre estas medidas de adecuación para un parto humanizado, el espacio físico o la logística también se ven afectados debido a la realización del contacto piel con piel tras el nacimiento y la posible presencia de un acompañante. Magee, S. et al (44) reparan en los elementos físicos más fáciles de cambiar de posición, como son los soportes de suero o la mesa del anestesista, para así habilitar un mayor espacio libre y situar al acompañante al lado de la cabeza de la parturienta. Camann, W. (34) va un paso más allá reflexionando acerca de un mayor tráfico de médicos que necesitan acceder a la cabecera de la mesa quirúrgica para examinar al neonato en el propio pecho de la madre. Señala que, aunque suponga un drástico cambio en la cultura de quirófano, es factible su realización si los anestesistas, obstetras, pediatras y enfermeras cooperan para trabajar en un espacio más ocupado al que están acostumbrados. Insistiendo en esta postura, Mercier, R. y Durante, J. (33) recogen en su estudio las preocupaciones sobre médicos y enfermeras, que expresan un mayor nivel de inquietud ante un aumento de la carga de trabajo en un espacio más limitado en este tipo de cesáreas.

▪ **Contacto piel con piel**

En cuanto a los resultados obtenidos en la fase de intraparto, un 91% de ellos reflexionan acerca del contacto piel con piel. El contacto piel con piel es definido por Costa, M. et al (52, p.2) en su artículo como el *“período de tiempo inmediatamente posterior al parto en que la madre y el recién nacido permanecen desnudos, en íntimo contacto entre sus cuerpos, preferiblemente en un entorno de media luz y tranquilidad”*.

La gran mayoría de artículos encontrados en la búsqueda hacen mención al contacto piel con piel, sin embargo no son tantos los que exponen información novedosa en este campo.

Crenshaw, J. et al (54), en relación al aumento global de partos quirúrgicos, recalcan que al menos una de cada tres madres es separada de su hijo recién nacido y expuesta a los riesgos que conlleva no realizar el contacto piel con piel. Además, Schorn, M. et al (45) subrayan que solo un 59% de las instituciones de salud implementan de forma regular el contacto piel con piel, durante al menos 30 minutos después de una cesárea sin complicaciones, frente a un 72% en partos vaginales. Esta situación demuestra la necesidad mencionada por las autoras Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35) de ser el equipo de salud el que ha de promover el vínculo de los padres con su hijo recién nacido, especialmente el de la madre en las primeras horas de vida.

En su artículo, Costa, M. et al (53), indican que el contacto piel con piel precoz o inmediato es considerado un criterio de buenas prácticas, cuya ausencia puede llevar a alteraciones en la recuperación, comportamiento e incluso el desarrollo de enfermedades maternas y del recién nacido. Magee, S. et al (44) señalan la implementación este contacto inmediato como uno de los pilares fundamentales de la cesárea humanizada, generando grandes beneficios a la mujer y al recién nacido, como una mejor percepción materna de la experiencia del parto y vinculación materno-infantil, estabilidad de la temperatura del bebé e inicio y duración de la lactancia. En esta misma línea se encuentran Mercier, R. y Durante, J. (33), Sundin, C.S. y Mazac, L.B. (38), Perez, E. y Rincon, C. (46), Wisner, K. (47), Cerdán-Jimenez, M. et al (51), Posthuma, S. (55), Tillet, J. (49) y Pérez, P. (56).

Uno de estos beneficios es el inicio de lactancia materna espontánea. En su artículo, Brady, K. et al (32), indican la existencia de diez pasos para promover y apoyar una lactancia materna exitosa para todas las mujeres, siendo el cuarto paso hacer piel con piel inmediatamente después del nacimiento. Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35)

argumentan que se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amamantara a todos los neonatos a partir del primer día, y el 22 % si se hiciera en la primera hora.

Los mismos argumentos utilizan Cerdán- Jiménez, M. et al (51), estableciendo que un mínimo de 50 minutos de este cercano contacto beneficia el vínculo afectivo, disminuye el llanto y aumenta 8 veces la probabilidad de que el recién nacido inicie de forma espontánea la lactancia materna. Del mismo modo, Onsea, J. et al (48), afirman que existe una tendencia hacia un mayor sentimiento de participación, menos miedo y probabilidad de ansiedad o depresión postparto. Además refieren una mejor experiencia de vinculación para las madres que realizan un parto por cesárea humanizada frente a una cesárea tradicional. A su vez, Mercier, R. y Durante, J. (33) resaltan en su artículo la obtención de una puntuación en el test de Apgar similar en los recién nacidos que realizan el contacto piel con piel inmediato en parto vaginal y parto por cesárea. Por otro lado, en su artículo, Camann, W. (34) indica que está demostrado que el contacto piel con piel no incrementa el riesgo neonatal ni materno en comparación con una cesárea tradicional.

Del mismo modo, Crenshaw, J. et al (54) resaltan otros beneficios como son una mejor estabilidad cardiorrespiratoria, regulación de la glucosa, reducción del estrés del nacimiento y facilita la transición a la vida extrauterina. Asimismo, provoca que el recién nacido ponga en marcha comportamientos instintivos de búsqueda del pecho y la succión. Por otro lado, reduce el tiempo de la última fase del parto y el riesgo de hemorragia, además de disminuir el estrés materno, ansiedad y dolor durante la cesárea y de forma posterior, siendo esta una intervención factible y de bajo coste. Del mismo modo, Zavala, J.O. (50) expone en su estudio que el piel con piel inmediato permite que el recién nacido se colonice con las bacterias de los padres, lo cual definirá su microbioma y el desarrollo de su sistema inmune, de manera muy diferente a si se coloniza con bacterias de hospital al ser separado de sus padres durante las primeras horas. Por otro lado, también defiende la vinculación materno-infantil provocada a raíz de esta intervención, ya que esta relación temprana y positiva es esencial para establecer el amor incondicional de los padres y la seguridad y confianza progresivas del recién nacido, especialmente en las primeras horas de vida como destacan las autoras Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35).

Sin embargo, Smith, J. et al (52) indican en su artículo que en numerosas cesáreas, el bebé es separado de la mujer durante el traslado de esta al área de reanimación, mientras

el neonato es valorado por los pediatras en la misma sala donde tuvo lugar el parto, reiniciando el piel con piel de forma tardía. Estas acciones ignoran la recomendación de la OMS de realizar contacto piel con piel precoz para la iniciación de la lactancia materna en los primeros 30 minutos de vida de forma ininterrumpida. Mercier, R. y Durante, J. (33) sugieren que la separación se produce para promover la seguridad del bebé, ya que en el postoperatorio inmediato tiene mayor riesgo de complicación. Sin embargo, este riesgo es bajo cuando la cesárea no tiene complicaciones ni es de emergencia. Además, múltiples estudios evidencian que todas las intervenciones con el fin de hacer de la cesárea un nacimiento más humanizado, entre las que se encuentra el piel con piel, no comprometen la salud neonatal ni materna, sino que pueden tener numerosos beneficios.

Magee, S. et al (44) indican que el contacto piel con piel no puede ser llevado a cabo en pacientes que requieren anestesia general materna. Respecto a ello, Martínez-Martínez, T. y Damian-Ferman, N. (37) defienden la idea de realizar el contacto piel con piel con la figura paterna cuando por situación clínica materna, la mujer no sea capaz de realizarlo. Fomentan animar a los padres a mantener a los recién nacidos en contacto piel a piel tras la cesárea, para apoyar el inicio precoz de una primera comunicación vocal.

▪ **Acompañamiento**

De Alba, C. et al (57) afirman que las mejores maneras de promover un buen comienzo en la vida son tener un acompañante presente durante la cesárea y la realización del piel con piel inmediato. En esta línea se encuentran las autoras Perez, E. y Rincon, C. (46) que exponen la necesidad de un protocolo de acompañamiento, pudiendo entrar a quirófano la persona elegida por la mujer para estar presente en el nacimiento.

Brüggemann, O.M. et al (40) señalan que la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, intraparto y postparto inmediato ha sido recomendada por la OMS desde 1985. Además, recalcan los múltiples beneficios que aporta la presencia de un acompañante en la sala quirúrgica, como una mayor satisfacción de la mujer, menor tasa de cesáreas y parto instrumentalizado y mejores resultados en el test de Apgar de los recién nacidos a los 5 minutos. Apuntan algunas de las razones por las cuales algunos países aún no reciben de forma grata un acompañante durante la cesárea, como son la falta de preparación tanto emocional como psicología y la falta de implicación durante el periodo prenatal. En esta postura se encuentra Mesner, E. (39), resaltando en su estudio

que todos estos padres se convertirán en los principales cuidadores de sus bebés y cónyuges, pero expresan sentirse “excluidos” de este proceso.

Del mismo modo, como indica Zavala, J.O. (50), la mujer necesita sentir seguridad y esta puede ser brindada en forma de acompañamiento, tranquilidad, recibir apoyo emocional, autoconfianza y calidez en el trato. Defiende que el soporte emocional es muy importante para que la madre se pueda sentir valorada, aceptada y comprendida ya que este tiene efectos físicos y psicológicos positivos que protegen frente al estrés.

▪ **Competencias enfermeras**

Brady, K. et al (32), defienden la idea de integrar una nueva figura en los partos por cesárea conocida como “*transition nurse*”. Esta se ocupará especialmente de asistir al recién nacido y de la realización del contacto piel con piel a pie de cama, para proporcionar atención constante y seguridad evitando así las complicaciones asociadas como el colapso cardiorrespiratorio. De este modo, habría una enfermera que asistiría únicamente a la madre, de forma que ambos pacientes estén atendidos y vigilados de forma constante. En esta misma postura se encuentran las autoras Mercier, R. y Durante, J. (33) que afirman que numerosos estudios demuestran que la existencia de una enfermera adicional para asistir el piel con piel incrementa el confort de las demás enfermeras con esta práctica. Asimismo, defienden una postura positiva hacia la cesárea humanizada y sus intervenciones por parte de los profesionales de salud. Zavala, J.O. (50) argumenta la necesidad de instruir y profesionalizar acompañantes en el trabajo de parto, además de abrir los campos clínicos para incorporar una figura enfermera poco a poco en el medio hospitalario, para la atención integral de la mujer en fase final de parto.

Por otro lado, el autor Camann, W. (34) recalca que es la figura de la matrona la que ha de potenciar este cambio en quirófano, al igual que las autoras Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35) que recalcan que la enfermería tiene una función primordial y debe ser partícipe y promotora del clima de humanización.

En relación con las propias competencias enfermeras, cabe destacar la inexistencia de diagnósticos NANDA específicos de la cesárea. Únicamente se contemplan las actividades humanizadoras que recoge el NIC [6750] específico de “Asistencia al parto por cesárea” (29): comentar los sentimientos, preguntas y preocupaciones de la paciente,

animar a la pareja o a una persona de apoyo a estar presente durante el parto, proporcionar información sobre lo que sucede y las sensaciones que puede experimentar la paciente durante la cirugía, proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna y facilitar el vínculo y el apego familiares minimizando la separación entre la madre y el lactante (facilitar el contacto piel con piel y trasladar a ambos juntos). Del mismo modo, el NOC [1818] “Conocimiento: salud materna en el puerperio” hace referencia a la cesárea en el indicador “Cuidados de la incisión de cesárea”; el NOC [1624] “Conducta de la salud maternal postparto” indica mantener los cuidados de la incisión quirúrgica; el NOC [2509] “Estado materno: parto” recoge indicadores a controlar independientemente del tipo de parto; y el NIC [6772] “Monitorización fetal electrónica: durante el parto” menciona “continuar con la monitorización electrónica (...) hasta el momento del parto por cesárea”, pero no exponen actividades que humanicen dicho proceso. Merece especial mención el NOC [1817] “Conocimiento: parto y alumbramiento”, que tiene en su etiqueta la definición de “grado de conocimiento transmitido sobre el parto y el alumbramiento vaginal”, no contemplando el parto por cesárea. Por tanto, esta podría englobarse en conocer el procedimiento quirúrgico, quedando relegada a actividades como NIC [2930] “Preparación quirúrgica”, el cual tampoco considera ninguna actividad específica de la cesárea.

▪ Seguridad

La implantación de una cesárea humanizada lleva consigo una serie de preocupaciones o riesgos identificados por el personal sanitario principalmente. Son diversos los autores que han recogido dichas inquietudes en torno a la seguridad, tanto de la intervención quirúrgica, como de la estabilidad del propio recién nacido. Autores como Brüggemann, O.M. et al (40) y Costa, M. et al (53), apuntan que la presencia de un acompañante en la sala de quirófano puede poner en riesgo la esterilidad del proceso, siendo considerado como un entorpecimiento y una posible fuente de infección. Mercier, R. y Durante, J. et al (33) argumentan que muchos de los sanitarios muestran preocupación por el riesgo de contaminación de fluidos en momentos clave de interacción durante la cesárea, como son el corte del cordón por el acompañante, que debe ser una técnica aséptica y estéril; o el momento de bajar el paño quirúrgico para observar el nacimiento. Sin embargo, Pérez, E. y Rincón, C. (46) y Zavala, J.O. (50) defienden que este posible riesgo de infección durante la intervención no es preocupante si se extreman las precauciones del personal y se dan las indicaciones e indumentaria apropiadas al acompañante.

Otro de los elementos que más preocupa de esta modalidad de cesárea, es la seguridad del neonato. La realización del contacto piel con piel madre-hijo da lugar a una serie de cambios a nivel de organización en la sala, ya que los pediatras tendrán que adaptarse y valorar al neonato en una posición supina en el pecho de la madre. Esta situación, según Camann, W. (34), puede originar unos desafíos en el equilibrio del recién nacido: la estabilidad cardiorrespiratoria puede verse comprometida al tratarse de una cesárea en la que el neonato puede desarrollar una taquipnea; o si surgen complicaciones maternas durante la operación, pudiendo aparecer náuseas, vómitos, pérdida de conciencia, etc. Además, se hace especial hincapié en la regulación térmica del recién nacido, que puede requerir del uso de mantas térmicas o dispositivos de aire caliente, como también señalan Magee, S. et al (44), que pueden aplicarse incluso previo al nacimiento en el pecho de la madre. Si la situación lo permite, el neonato se sitúa en piel con piel durante el resto de la intervención materna, motivo por el cual se debe prestar especial atención a su estado, controlando que no se produzca ningún tipo de complicación. En esta posición debe ser valorado por el pediatra y, según indican Camann, W. (34), Pérez, E. y Rincón, C. (46), Cerdán-Jimenez, M. et al (51), y Smith, J. et al (52) es conveniente la administración de la vitamina K y profilaxis ocular por la enfermera sin separarlo de la madre. Como se ha expuesto previamente, Mercier, R. y Durante, J. (33) indican que una enfermera adicional para el control del piel con piel no solo puede mejorar la experiencia, sino que permite garantizar la seguridad del recién nacido en esta situación.

POSTPARTO

Con respecto a la fase de postparto o postcesárea se encuentran referencias en múltiples artículos, aunque cabe destacar que, al igual que en el parto, se aprecia una escasez en evidencia sobre el tema, siendo solamente 10 de los documentos consultados los que tratan íntegramente sobre ello. Se distinguen diferentes tipos de contenido a tratar durante esta fase: contacto piel con piel en el postparto inmediato, control del dolor, complicaciones asociadas a la recuperación quirúrgica, vuelta a la actividad materna, seguimiento de la paciente y satisfacción tanto materna como del personal sanitario, lo que lleva a reflexionar en múltiples artículos sobre la importancia de la educación maternal previa y la formación de los profesionales de la salud para ello.

El dolor supone una de las primeras complicaciones del postparto inmediato. Son diferentes las referencias que se encuentran en relación a este tema. Si bien en múltiples

artículos se resalta la importancia de un buen control del dolor, no todos lo enfocan desde una misma perspectiva. Martínez Galán, P. et al (58) exponen que el dolor derivado de la cirugía abdominal no supone un problema en la actualidad. Comentan que a la hora de iniciar la lactancia el dolor no es un impedimento, sino tan sólo la posición de la madre en el quirófano, que puede dificultar el inicio de la succión. Sin embargo, Kintu, A. et al (59) y Jikijela Thobeka, P. et al (60) evidencian que el mal control del dolor puede suponer un obstáculo importante para el inicio de la lactancia y la satisfacción materna en relación con la cesárea. Del mismo modo, se refleja que es principalmente en los países subdesarrollados donde el dolor postcesárea es un problema real y actual. Kintu, A. et al (59) exponen que en Uganda el dolor es especialmente difícil de controlar ya que no se disponen siempre de los medios, teniendo un 42% de mujeres que no reciben siquiera analgesia tras el parto y siendo tan solo un 68% las que están satisfechas con el dolor postparto. Jikijela Thobeka, P. et al (60) realizan una investigación cualitativa acerca de diferentes experiencias postcesárea, obteniendo que aquellas madres con un mayor nivel de dolor sufren su experiencia como frustrante y físicamente limitante, suponiendo esto a su vez un impedimento para el adecuado inicio de la lactancia materna. Martin, A. et al (41) hacen referencia al dolor del postparto más intermedio o tardío. En su artículo indican que en Estados Unidos el 80% de madres durante este periodo refiere dolor, ya sea relacionado con la herida quirúrgica, dolor de los senos o de cualquier otro tipo, razón por la cual es conveniente realizar un seguimiento postparto. Quinlan, J.D. y Murphy, N.J. (21) indican que es vital el control de dicho dolor durante el seguimiento de la mujer tras el nacimiento para una buena recuperación postoperatoria. Otros autores como Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38) y Crenshaw, J.T. et al (54) hablan sobre el impacto que tiene el contacto piel con piel sobre el dolor, suponiendo un beneficio para la disminución del dolor, y para conseguir niveles más bajos de ansiedad o estrés materno durante la cesárea. Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38) evalúan además la percepción del dolor en las mujeres en su proyecto de mejora de calidad, evidenciando que aquellas que realizan el contacto piel con piel durante la cirugía requieren menores dosis de analgésicos.

El proceso de recuperación tras la cesárea es similar al de cualquier cirugía abdominal mayor e implica que, antes de recuperar la actividad normal, pueden darse una serie de complicaciones en la madre. Además del dolor comentado previamente, una de las complicaciones más frecuentes es la infección de la herida quirúrgica, Quinlan, J.D. y Murphy, N.J. (21) indican que es conveniente informar a las madres sobre ello y la

necesidad de una profilaxis antibiótica en las mujeres que pasan por este tipo de parto. Posthuma, S. et al (55) demuestran mediante un estudio de cohortes que el riesgo de esta infección no se ve aumentado por el tipo de cesárea que se realice, ya que se obtienen resultados similares en los diferentes grupos tras una cesárea humanizada frente a una convencional. Esta etapa es clave porque también se dan complicaciones a nivel emocional. Alderdice, F. et al (43), que realizan una encuesta a los tres meses del nacimiento, exponen que el modo de nacimiento está asociado con la depresión postparto, trastorno de estrés postraumático y peor ajuste de la paternidad. Blomquist, J.L. et al (26) manifiestan que, a las ocho semanas tras el nacimiento, las mujeres con una cesárea planificada tienen una mejor adaptación postnatal que aquellas que lo hacen por vía vaginal. Contrariamente, Alderdice, F. et al (43) resaltan que las mujeres en las que se lleva a cabo una cesárea, no necesariamente planificada, son las que demuestran posteriormente un comportamiento de crianza más pobre y desarrollan un mayor riesgo de angustia emocional. Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38) también hacen referencia a esto indicando que las madres a las que se les realizan cesáreas, especialmente si es de emergencia o en curso de parto, presentan un mayor riesgo de depresión postparto y dificultades con la unión madre-hijo. Sin embargo, comentan que los resultados en este campo no son consistentes, ya que no hay demasiada evidencia y la existente es contradictoria en función del tipo de estudio y muestras seleccionadas. En cualquier caso, Blomquist, J.L. et al (26) recalcan que el riesgo de padecer una depresión postparto se relaciona con una experiencia de parto negativa, lo cual se puede reducir aumentando la satisfacción materna brindando un mayor apoyo durante este proceso, es decir, humanizando el parto por cesárea. A su vez, también se ha identificado que el riesgo de padecer este tipo de depresión puede estar también relacionado con la fase de preparto. Como indica Verbiest, S. et al. (28), una quinta parte de las mujeres que presentan altos estresores previamente al parto, padecen depresión posparto. Martin, A. et al (41) sugieren que esta depresión se puede ver originada debido a la ausencia de conocimientos y pésima preparación de las mujeres para el postparto, ya que muchos de los cambios que les ocurren en esta fase no son esperados debido a una falta de información durante el preparto. A pesar de las múltiples alusiones a los diferentes problemas del postparto, tan solo Quinlan, J.D. y Murphy, N.J. (21) mencionan aspectos relacionados con la recuperación de la actividad física normal tras la operación, hecho que también preocupa e influye en la estabilidad psicológica de las madres. Subrayan la inexistencia de recomendaciones que se deberían dar a una mujer tras la cesárea, a diferencia de las que

sí se facilitan en otras intervenciones quirúrgicas. Sugieren aportar indicaciones sobre ejercicios de rehabilitación postparto para mejorar la recuperación y disminuir el dolor, indicaciones sobre cuándo volver a realizar ejercicio y trabajar o sobre cuándo y cómo pueden retomar las relaciones sexuales.

Una vez se ha producido el nacimiento, uno de los indicadores más relevantes del proceso es la satisfacción materna de la experiencia. Esta puede ser medida de diferente forma y en diferentes momentos del parto. Se distinguen cambios en dichos niveles en función del modo de parto, generalmente se ha identificado según Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38), Alderdice, F. et al (43) y Smith, J. et al (52) que la realización de una cesárea proporciona unos niveles inferiores frente a un parto vaginal. Sin embargo, este aspecto dependerá significativamente del tipo de cesárea. Blomquist, J.L. et al. (26) y Aydin, S. et al (42) indican que la cesárea planificada proporciona mayores niveles de satisfacción materna en comparación con el parto vaginal, lo cual puede estar relacionado con una mayor control de los factores externos. No obstante, Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38) y Alderdice, F. et al (43) defienden que una cesárea, especialmente cuando se realiza de emergencia o en curso de parto y no de forma planeada, implica un proceso menos agradable para la madre debido al miedo que les genera. Según Smith, J. et al (52), para evitar que el nivel de satisfacción sea menor en los nacimientos por cesárea, es necesario humanizar este proceso. Esto lleva a evaluar la satisfacción de la cesárea natural en sí por múltiples autores, demostrando unos niveles considerablemente superiores en este tipo de cesárea frente a la convencional. Cerdán-Jimenez, M. et al (51), con la implantación de su plan de cesárea humanizada, obtienen unos niveles máximos de satisfacción, superiores a 9 sobre 10 en relación a la experiencia de parto. Magee, S. et al (44) señalan que el hecho de que los pacientes puedan esperar una experiencia de parto más allá de una intervención quirúrgica en la actualidad, produce un feedback muy positivo. Las percepciones de la familia y de los propios profesionales sanitarios son esenciales para garantizar un adecuado proceso de cesárea, y según Mercier, R. y Durante, J. (33) esta modalidad genera una impresión positiva en ambos, permitiendo aminorar el estigma de la cesárea que tanto miedo genera en las madres que deben someterse a una en curso de parto o emergencia. Aliviando este miedo inicial, se permite que las madres puedan disfrutar igualmente de la experiencia y aumentar así su nivel de satisfacción.

Integrado en esta modalidad de cesárea, como se ha comentado previamente, el contacto piel con piel tiene una influencia directa con el nivel de satisfacción obtenido por las

madres en esta experiencia y es destacado por ser altamente gratificante para las madres, obteniendo unos niveles de satisfacción muy altos en el 96% de mujeres que lo realizan, según Sundin S.C. y Mazac B.L. (38). Se distinguen también mayores niveles de agrado entre aquellas que lo realizan de forma inmediata durante la intervención frente a las que lo realizan tras media hora del nacimiento, Crenshaw, J.T. et al (54) y Martínez Galán, P. et al (58) así lo demuestran. Del mismo modo, Onsea, J. et al (48) subrayan una satisfacción más elevada en mujeres con un parto por cesárea humanizado en comparación a la cesárea tradicional, fruto del vínculo materno-fetal creado a raíz de la realización del contacto piel con piel. Cabe destacar que, más allá del tipo de cesárea, tan solo Martin, A. et al (41) identifican el nivel de satisfacción materna durante el postparto tardío. Señalan que la falta de preparación materna para este periodo conlleva una peor satisfacción con respecto al personal sanitario y el proceso de parto.

La escasez de evidencia durante el preparto muestra innegablemente la falta de preparación en las madres para afrontar este periodo del postparto. Martin, A. et al (41) propone como sugerencia de mejora a este problema la aportación de información a las mujeres durante el tercer trimestre del embarazo, para poder afrontar con menor incertidumbre las consecuencias inmediatas tras el parto, incluyendo cambios físicos y emocionales. Siguiendo la misma línea, Alderdice, F. et al (43) consideran que se debe mejorar el apoyo a las mujeres y sus parejas durante el embarazo, parto y postparto para aumentar su sensación de control y promover una relación de confianza con los profesionales sanitarios. Señala que las intervenciones psicosociales perinatales pueden ayudar optimizar el ajuste postnatal materno de una forma adecuada.

Para poder evitar o disminuir los problemas identificados por los diferentes autores en la fase del postparto, algunos de ellos sugieren la mejora en la formación de los sanitarios. Mercier, R. y Durante, J. (33) exponen que formar a los sanitarios mediante la educación, simulación y la implementación gradual de la cesárea humanizada llevará a una mejora de las técnicas y un aumento de la satisfacción durante la cesárea. Con argumentos similares, Martin, A. et al (41), indican que la formación de los profesionales de la salud permitirá una mejor preparación de la mujer para el periodo del postparto y la obtención de unos mejores resultados. En términos generales, Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35) recogen que las mejoras del equipo de salud pueden promocionar la autonomía parental, la disminución de riesgos y una mejor adaptación y satisfacción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La escasa evidencia encontrada en la fase de preparto destaca por la existencia de únicamente dos artículos obtenidos que hablan exclusivamente del preparto, centrándose en la toma de decisiones en relación a la vía de parto y no en la preparación específica de las mujeres para la cesárea. Esta situación pone en evidencia la falta de información existente en relación a la situación actual del preparto en la cesárea. Además, esta ausencia de conocimientos sobre el preparto provoca que las mujeres no reciban educación para la salud relacionada con la preparación para la cesárea, hecho que provoca un peor afrontamiento, no solo de forma previa, sino durante el proceso de parto en sí y las posibles complicaciones durante el postparto. Es importante mencionar también que la escasez de estudios sobre esta etapa podría explicar esa falta de formación en los profesionales para la humanización del proceso, considerándose insuficiente. Existe, por tanto, una indiscutible necesidad de instruir al personal sanitario que interviene durante la cesárea. Por ello, es esencial el desarrollo de habilidades y aptitudes del equipo de salud, generando beneficios a todos los niveles, desde poder proporcionar una información completa a las familias hasta brindar mejores cuidados centrados en la mujer.

Sin embargo, la escasa evidencia existente muestra los claros beneficios que se obtienen si las madres adquieren el conocimiento necesario durante esta etapa. Esto genera seguridad, autonomía en la toma de decisiones e incremento de la satisfacción materna, evitando así numerosas complicaciones materno-fetales a corto o largo plazo.

En la fase de intraparto la información y evidencia encontrada, al ser más abundante, permite realizar un análisis más detallado de los resultados. Se ha demostrado que, factores aparentemente secundarios, como son el mantenimiento de un clima quirúrgico favorecedor y una medidas físicas que benefician la implantación de una cesárea humanizada, tienen gran influencia en el mantenimiento de percepciones positivas en la madre y su acompañante, así como mejores niveles de satisfacción. Dada la importancia de estos aspectos identificados por los beneficios que genera su práctica, es fundamental que se tengan en cuenta para crear guías de actuación de dichos procesos humanizadores.

El contacto piel con piel es considerado por la mayoría de autores como la intervención principal de la humanización de la cesárea, motivo por el cual la evidencia existente es

muy elevada, pudiendo encontrar artículos que únicamente traten el piel con piel y de forma exclusiva en la cesárea. Cabe destacar que se trata de una intervención realizada independientemente a la vía de parto, siendo considerada un criterio de buenas prácticas en todos los nacimientos. La amplia evidencia muestra los significativos beneficios del contacto piel con piel, provocando que esta práctica se haya extendido a la cesárea tradicional y no únicamente al parto humanizado. Los beneficios demostrados abarcan desde una mejor percepción materna de la experiencia de parto, adaptación del neonato al medio extrauterino y vinculación madre-hijo, hasta una mejora del desarrollo de la lactancia materna a corto y largo plazo. Por otro lado, la mayoría de artículos coinciden en la realización del piel con piel por el acompañante en caso de que la mujer no pueda realizarlo por razones médicas. La evidencia en relación al acompañante como figura implicada en el proceso del parto es escasa como se indica en los resultados, apuntando a la ausencia de preparación emocional y psicológica para afrontar la intervención. Pero, es evidente e indiscutible, su necesaria presencia para la mujer en el quirófano, ya que le proporcionará apoyo y seguridad, dando lugar a altos niveles de satisfacción materna.

Si bien es cierto que es necesaria una buena formación de todos los profesionales de la salud que intervienen en este proceso, la actuación y gestión enfermera adquieren un peso especialmente significativo en este tipo de cesárea. A pesar de que la información sobre las competencias enfermeras es limitada, son varios los autores que indican que la enfermería tiene un papel decisivo para la instauración de un cambio en la visión de la cesárea (33)(34)(35). Por tanto, la función de las enfermeras obstétricas o matronas con experiencia en partos humanizados no es únicamente la obtención de una mejor experiencia de parto en las madres, sino que adquieren un rol primordial en la formación del personal que se muestra reticente a los cambios para lograr una cesárea humanizada, por ello han de ser promotoras de dicha transición. Asimismo, aunque no se han encontrado estudios que traten específicamente el tema y dado que la implantación de una cesárea humanizada de forma gradual no es un proceso sencillo, algunos autores sugieren que la presencia de una enfermera adicional en el quirófano no solo beneficiaría en la transición a este tipo de cesárea, sino que garantizaría la seguridad tanto de la madre como del neonato. Este procedimiento, al ser liderado por un equipo de enfermería preparado, y disponiendo de una enfermera adicional en la sala permitirá disminuir el temor y evitar la aparición de posibles complicaciones. La enfermera, por ser el profesional con competencias para cuidar a las personas contemplando la esfera biopsicosocial, puede y

debe reivindicar su papel de gestora y líder del cuidado humanizado. Para que esta propuesta sea una realidad, es prioritaria la identificación de las funciones e intervenciones enfermeras de forma estandarizada a través de la metodología, ya que su escasez podría ser uno de los factores que limite la implantación de la cesárea humanizada por parte de la enfermería.

Con respecto a la fase de postcesárea, al ser muy limitados los resultados, evidencian la falta de información durante este periodo del parto. Se percibe un aumento de la satisfacción materna en las cesáreas humanizadas frente a la tradicional, reflejándose en la obtención de una mejor experiencia de parto. Sin embargo, una cesárea, sea del tipo que sea, conlleva complicaciones asociadas a su recuperación para las que se debe preparar a la mujer. Aunque es vital controlar las complicaciones más inmediatas, como pueden ser la infección o el dolor, el gran problema de esta etapa se sitúa en el postparto tardío. Los estudios cualitativos muestran un sentimiento generalizado en las mujeres, que refieren no encontrarse preparadas para este periodo. Es fundamental informar a las futuras madres durante el preparto del proceso que van a vivir, no solo en el momento del parto y durante el ingreso hospitalario, sino de cómo cambiará su vida de forma posterior. En muchos casos, los cambios hormonales, junto con la recuperación física de la cirugía abdominal son difíciles de combinar. Como algunos estudios indican, las mujeres deben estar preparadas psicológicamente para esta vivencia, pudiendo evitar así la depresión postparto pero, además, es conveniente informar también sobre la recuperación de la rutina y actividad física, hecho que apenas se menciona en los artículos. Se debe guiar a las madres en este proceso, que puede resultar complicado, para que se sientan más seguras durante su recuperación, pudiendo distinguir los acontecimientos patológicos de los naturales. Sin embargo, uno de los problemas identificados a raíz del análisis, es la falta de un seguimiento tras el parto o una excesiva dilatación temporal entre las consultas de seguimiento. Resulta conveniente tener un buen seguimiento durante el postparto para procurar mejorar la adaptación de la mujer y promover una mejor unión madre-hijo.

Por tanto, los problemas tras la cesárea son esencialmente derivados de una deficiente preparación durante la fase prenatal y de un insuficiente seguimiento materno, ambos hechos que pueden ser mejorados a través de los profesionales sanitarios. Del mismo modo que ocurre en las fases previas, una vez más, la formación e implicación de los sanitarios resulta imprescindible para llevar a cabo una buena cesárea humanizada.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Según su trascendencia y momento de aparición, la limitación de las búsquedas a los idiomas español e inglés y a los artículos de acceso libre o proporcionados por el préstamo interbibliotecario de la Universidad Autónoma de Madrid, han supuesto una barrera en la obtención de la información. Asimismo, la escasa evidencia científica encontrada en las fases específicas de preparto y postparto condiciona la limitada existencia de protocolos en estos periodos, lo que ha supuesto un importante obstáculo en su análisis.

Por otro lado, cabe resaltar la presencia de una serie de fortalezas, aumentando así tanto la validez como la fiabilidad del estudio. Es importante mencionar que la cesárea humanizada es un tema en auge en la sociedad actual, motivo por el cual el 68,5% de la bibliografía comprende los últimos 5 años, obteniendo así la información más vigente. Además, la realización de un exhaustivo proceso de filtrado en las búsquedas ha permitido la eliminación de ruido documental hasta conseguir una selección de tan solo 35 artículos específicos. La selección de estos artículos incluye evidencia con una diversidad sociodemográfica de países en diferentes vías de desarrollo y con distintos tipos de sistemas sanitarios. Por último, destacar la inclusión de estudios tanto cualitativos como cuantitativos, hecho que permite obtener una visión global e integral en todas sus esferas.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

La carencia de estudios sobre las etapas de preparto y postparto provoca una evidente falta de información y formación tanto en profesionales sanitarios como en las propias mujeres que se someten a la cesárea. Resulta conveniente, por tanto, focalizar las futuras investigaciones en dichas fases, ya que los estudios actuales son escasos e, incluso, contradictorios en algunos aspectos del postparto. El mayor conocimiento sobre estas fases específicas de la cesárea, permitirá un gran avance enfocado a la creación de protocolos estandarizados de formación específica para el personal sanitario, y con ello, la consecuente creación de programas informativos a las familias más individualizados.

En relación a la fase del intraparto, a pesar de la abundante información existente y los confirmados beneficios con respecto a la humanización de la cesárea durante el intraoperatorio, falta llevar a cabo una implantación generalizada de este proceso. Así

como investigar a fondo sobre las competencias enfermeras que sugieren ya la incorporación de una enfermera adicional en este tipo de prácticas, hecho que resulta oportuno investigar en profundidad para valorar mejoras en este proceso.

Por último, merece especial atención el desarrollo de una metodología enfermera que recoja el conjunto de actividades humanizadoras en relación con la cesárea, ya que la falta de diagnósticos NANDA y la existencia de un único NIC [6750] de “Asistencia al parto por cesárea” (29) es insuficiente para asentar una modalidad tan relevante. Contar con una completa y establecida metodología enfermera para la implantación de diagnósticos, resultados y actividades en humanización de la cesárea supondrá un paso importante de inicio al asentamiento de esta práctica.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nos gustaría agradecer a nuestra tutora, M^a Isabel Guzmán, por su implicación, apoyo y comprensión mostrada en todo momento. Nos gustaría destacar todas las facilidades que nos ha brindado, tanto herramientas para el trabajo como para la comunicación entre nosotras. Especialmente agradecer la disponibilidad y el esfuerzo extra que ha supuesto tutorizar un trabajo de dicha envergadura en una situación de pandemia mundial, con las dificultades que conlleva el confinamiento. Reconocer que su interés e implicación han hecho que este trabajo de fin de grado sea tanto suyo como nuestro, consiguiendo hacer de nuestra última experiencia universitaria algo memorable.

En segundo lugar, agradecer a nuestras familias por el apoyo y confianza depositada en nosotras. Por aguantar interminables días de videollamadas durante la convivencia del confinamiento, por darnos el empujón necesario cuando no veíamos salida y, sobre todo, por ser nuestro pilar fundamental en todo lo que nos proponemos, gracias.

Por último, agradecemos mutuamente haber trabajado unidas, apoyándonos y confiando la una en la otra bajo cualquier circunstancia. A pesar de todos los obstáculos, hemos conseguido sacarlo adelante. La amistad puede con todo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Humanizar | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
2. La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas - Google Libros [Internet]. [citado 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=ci9uDwAAQBAJ&pg=PT277&dq=humanización+de+los+cuidados+a+nivel+mundial&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj226T26o3oAhUDxhoKHdIkDngQ6AEIKTAA#v=onepage&q=humanización &f=false>
3. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: Um desafio para enfermeiras nos serviços hospitalares. Vol. 20, ACTA Paulista de Enfermagem. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2007. p. 499-503.
4. . Roca i Caparà. La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica. Labor Hospitalaria. [Internet]. 2009 [citado 21 de febrero de 2020]; 291:35-40.
5. Romero Massa E., Contreras Méndez I.M., Serrano A.M. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia La Promoción de La Salud. [Internet]. 2006. [citado 21 de febrero de 2020]; 0121-7577 (2462-8425), 26-36. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>
6. La enfermería en España y en Europa - Enfermería en Desarrollo [Internet]. [citado 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriaendesarrollo.es/trabajo/86-la-enfermeria-en-espana-y-en-europa>
7. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano [Internet]. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000100004&script=sci_arte xt&tlng=pt
8. El papel de la enfermera en la humanización de los pacientes quirúrgicos - Ponencias - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.codem.es/ponencias/el-papel-de-enfermera-en-humanizacion-de-pacientes-quirurgicos>
9. Morales-Carmona F, Pimentel-Nieto D, Díaz-Franco E, Henales-Almaraz C, Watty-Martínez A, Ibarra Medina-Mora A. Psicología dinámica e institución

- médica. *Perinatol y Reprod humana*. 2013;27(3):177-84.
10. ¿Qué es un parto por cesárea? | NICHD Español [Internet]. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/cesarea>
 11. Sherrod MM. The History of Cesarean Birth From 1900 to 2016. 2017 [citado 20 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.016>
 12. Ros C, Bellart J, Hernández S. Protocolo de cesárea. Clinic Barcelona Hospital Universitari. [Internet]. 2012. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>.
 13. Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim Junior J, Braga A, et al. Cesariana a pedido materno. Vol. 43, *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*. Colegio Brasileiro de Cirurgioes; 2016. p. 301-10.
 14. Ionescu CA, Dimitriu M, Poenaru E, Bănac M, Furău GO, Navolan D, et al. Defensive caesarean section: A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 21 de febrero de 2020];25(1):111-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30178624>
 15. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet]. 2015 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=B3C06B166050AA3CF584279A29F6CFF6?sequence=1
 16. Yu Y, Zhang X, Sun C, Zhou H, Zhang Q, Chen C. 1. Cesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. 2. «If i do 10-15 normal deliveries in a month i hardly ever sleep at home.» A qualitative study of health providers' reasons for high rates of caesarean deliveries in private sector mat. *PLoS One* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 21 de febrero de 2020];12(11):e0186304. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29155824>
 17. Zbiri S, Rozenberg P, Goffinet F, Milcent C. Cesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. *PLoS One* [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 20 de febrero de 2020];13(11):e0207379. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485335>
 18. Cerdán-Jiménez MD, Carballo-Aliseda MD, Gómez-Fernández A, Prim FH, Poveda IS, Cayuela-Font E. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia

- obstétrica en España. MUSAS. 2019;2019(v):42-56.
19. Las cesáreas ya suponen el 26% de los nacimientos en España y su coste es el doble para el Sistema [Internet]. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20191217/cesareas-suponen-nacimientos-espana-coste-doble-sistema/452455559_0.html
 20. Kozhimannil KB, Law MR, Virnig BA. Cesarean delivery rates vary tenfold among US hospitals; Reducing variation may address quality and cost issues. *Health Aff.* marzo de 2013;32(3):527-35.
 21. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean Delivery: Counseling Issues and Complication Management [Internet]. Vol. 91. 2015 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: www.aafp.org/afp.
 22. Loke AY, Davies L, Mak YW. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 9 de agosto de 2019 [citado 21 de febrero de 2020];19(1):286. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31399072>
 23. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. marzo de 2011 [citado 20 de febrero de 2020];118(4):391-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134103>
 24. Kosan Z, Kavuncuoglu D, Calikoglu EO, Aras A. Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 21 de febrero de 2020];48(6):395-400. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30904490>
 25. De Toledo SF, Simões R, Bernardo LS, Bernardo WM, Salomão AJ, Baracat EC. Cesarean on request. Vol. 61, *Revista da Associacao Medica Brasileira. Associacao Medica Brasileira*; 2015. p. 296-307.
 26. Blomquist JL, Quiroz LH, MacMillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* [Internet]. mayo de 2011 [citado 22 de febrero de 2020];28(5):383-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21380993>
 27. Pust RE. Re: Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery

- [Internet]. Vol. 28, Journal of the American Board of Family Medicine. American Board of Family Medicine; 2015 [citado 20 de febrero de 2020]. p. 160-1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25567839>
28. Verbiest S, Bonzon E, Handler A. Postpartum Health and Wellness: A Call for Quality Woman-Centered Care. *Matern Child Health J* [Internet]. 19 de noviembre de 2016 [citado 19 de febrero de 2020];20(S1):1-7. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-016-2188-5>
 29. NNNConsult [Internet]. [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
 30. Kenyon SL, Johns N, Duggal S, Hewston R, Gale N. Improving the care pathway for women who request Caesarean section: An experience-based co-design study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 9 de noviembre de 2016 [citado 21 de febrero de 2020];16(1):348. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27829395>
 31. Melman S, Schreurs RHP, Dirksen CD, Kwee A, Nijhuis JG, Smeets NAC, et al. Identification of barriers and facilitators for optimal cesarean section care: Perspective of professionals. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 14 de julio de 2017 [citado 21 de febrero de 2020];17(1):230. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28709410>
 32. Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2014 [citado 20 de febrero de 2020];43(4):488-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24981767>
 33. Mercier RJ, Durante JC. Physician and nurse perceptions of gentle cesarean birth. *MCN Am J Matern Nurs* [Internet]. 2018 [citado 20 de febrero de 2020];43(2):97-104. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29227288>
 34. Camann W. The gentle family-centered cesarean. *Hypertens Res Pregnancy*. 30 de noviembre de 2016;4(2):48-52.
 35. El Bosque Colombia Parada Rico U, Amparo D, Esther P. Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud. 2015 [citado 18 de febrero de 2020];10:134-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189242405010>
 36. Silva TPR da, Dumont-Pena É, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento

- DC di P, et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. Rev Bras Enferm [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 14 de febrero de 2020];72(suppl3):235-42. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000900235&tlng=en
37. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enfermería Univ. 1 de abril de 2014;11(2):61-6.
 38. Sundin CS, Mazac LB. Implementing skin-to-skin care in the operating room after cesarean birth. MCN Am J Matern Nurs. 1 de septiembre de 2015;40(4):249-55.
 39. Overview of Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth: EBSCOhost [Internet]. [citado 14 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2853cfde-0df0-49b7-97227b82517e06f9%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=127211610&db=ccm>
 40. Brüggemann OM, Ebele RR aque., Ebsen ES ima., Batista BD aniel. In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2015 [citado 20 de febrero de 2020];36:152-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27057714>
 41. Martin, AHorowitz C, Arol, Balbierz A, Howell EA, Org AB. Views of Women and Clinicians on Postpartum Preparation and Recovery NIH Public Access. Matern Child Heal J. 2014;18(3):707-13.
 42. Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth: A Cross-Sectional Stud...: EBSCOhost [Internet]. [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=14ff73f5-bf43-47f5-90c4057079847684%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=138636091&db=ccm>
 43. Alderdice F, Henderson J, Opondo C, Lobel M, Quigley M, Redshaw M. Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustment: Findings from a population-based survey. BMC Womens Health [Internet]. 4 de marzo de 2019 [citado 21 de febrero de 2020];19(1):42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30832642>
 44. Magee SR, Battle C, Morton J, Nothnagle M. Promotion of family-centered birth

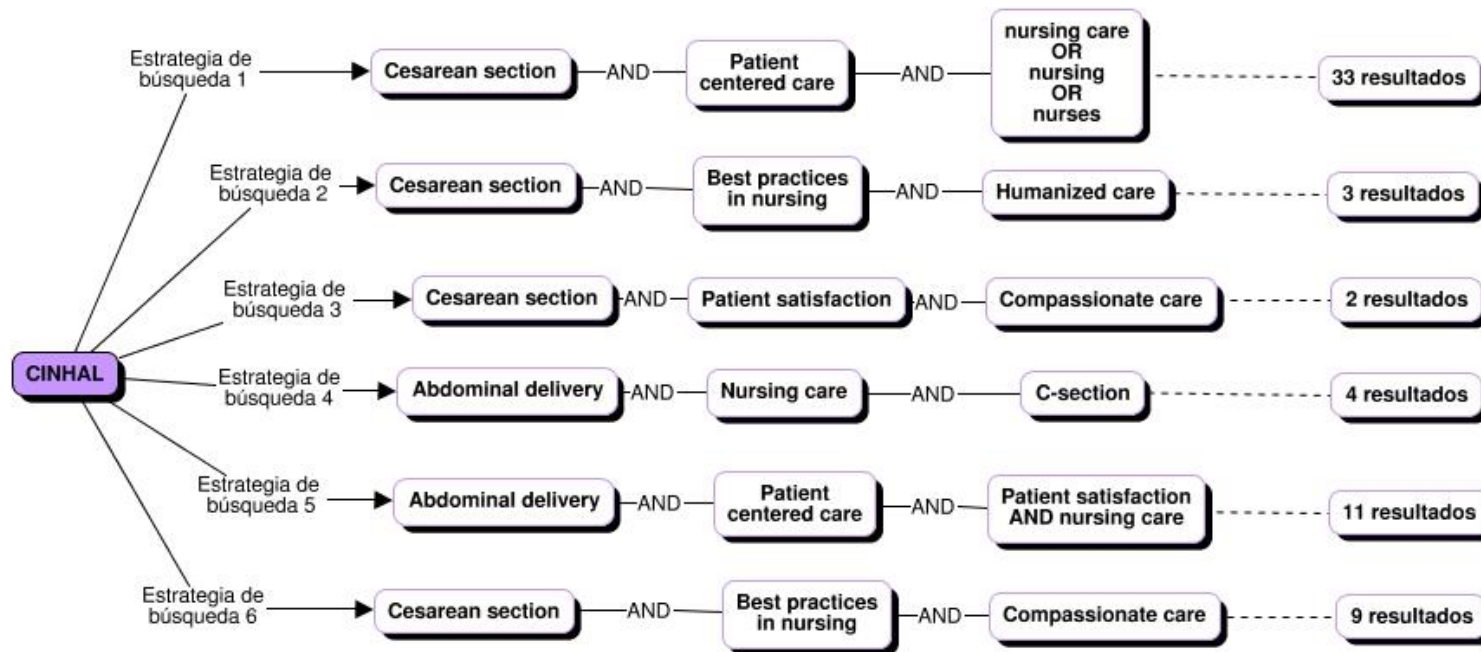
- with gentle cesarean delivery. J Am Board Fam Med. 1 de septiembre de 2014;27(5):690-3.
45. Schorn MN, Moore E, Spetalnick BM, Morad A. Implementing Family-Centered Cesarean Birth [Internet]. Vol. 60, Journal of Midwifery and Women's Health. John Wiley and Sons Inc.; 2015 [citado 20 de febrero de 2020]. p. 682-90. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12400>
 46. Perez E, Rincon C. Parto y cesárea humanizada. Hospital General de Villalba. Comunidad de Madrid. [Internet] [citado 17 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/agenda-eventos/3-jornada-ginecologia-obstetricia-atencion-primaria.ficheros/1258708-Parto%20y%20ces%C3%A1rea%20humanizada.%20Elena%20P%C3%A9rez.%20Matrona.pdf>
 47. Wisner K. Gentle cesarean birth [Internet]. Vol. 41, MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing. Lippincott Williams and Wilkins; 2016 [citado 12 de abril de 2020]. p. 186. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27128645>
 48. Onsea J, Bijmens B, Van Damme S, Van Mieghem T. Exploring parental expectations and experiences around «gentle» and «standard» Caesarean Section. Gynecol Obstet Invest [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 12 de abril de 2020];83(5):437-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29141244>
 49. Tillett J. Gentle cesarean delivery [Internet]. Vol. 29, Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. Lippincott Williams and Wilkins; 2015 [citado 20 de febrero de 2020]. p. 267-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26505842>
 50. De D, Sociales C, José P, Zavala O, Sínodo S, Fonllem COT, et al. Atenciones recibidas y satisfacción hospitalaria desde la percepción de ser madre: Componentes de una atención (humanizada) a la mujer en parto con base en la evidencia.
 51. Cerdán Jimenez M, Carballo Aliseda M, Gómez Fernández M, Salgado Poveda I, Cayuela Font E. Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: Instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano. MUSAS Rev Investig en mujer, salud y Soc. 2017;2(1):42-56.
 52. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: A woman-centred technique.

- BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2008;115(8):1037-42.
53. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Marta Díaz Gómez N, Segura A, Espinola Docio B, Gabarrell Gulu M, et al. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. [Internet]. Vol. 93, Rev Esp Salud Pública. 2019 [citado 17 de febrero de 2020]. Disponible en: www.msc.es/resp
 54. Crenshaw JT, Adams ED, Gilder RE, Debuty K, Scheffer KL. Effects of Skin-to-Skin Care during Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. Breastfeed Med [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 22 de febrero de 2020];14(10):731-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31738574>
 55. Posthuma S, Korteweg FJ, van der Ploeg JM, de Boer HD, Buiters HD, van der Ham DP. Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section—a retrospective cohort study. J Matern Neonatal Med [Internet]. 17 de enero de 2017 [citado 12 de abril de 2020];30(2):159-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26955857>
 56. Pérez P. Descripción del contacto piel con piel durante las cesáreas realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante los años 2015 y 2016. [Trabajo de Fin de Grado]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 2017.
 57. De Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, De Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, et al. Postcesarean section skin-to-skin contact of mother and child. J Hum Lact [Internet]. agosto de 2014 [citado 12 de abril de 2020];30(3):283-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24847031>
 58. Satisfacción de la madre en el inicio de la lactancia materna tras la cesárea [Metas enferm .2012]-Medes [Internet]. [citado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://medes.com/publication/77646>
 59. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, et al. Postoperative pain after cesarean section: Assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. BMC Health Serv Res. 25 de enero de 2019;19(1).
 60. Jikijela TP, James S, Sonti BSI. Caesarean section deliveries: Experiences of mothers of midwifery care at a public hospital in Nelson Mandela Bay. Curationis [Internet]. 30 de enero de 2018 [citado 21 de febrero de 2020];41(1):e1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29415551>

ANEXOS

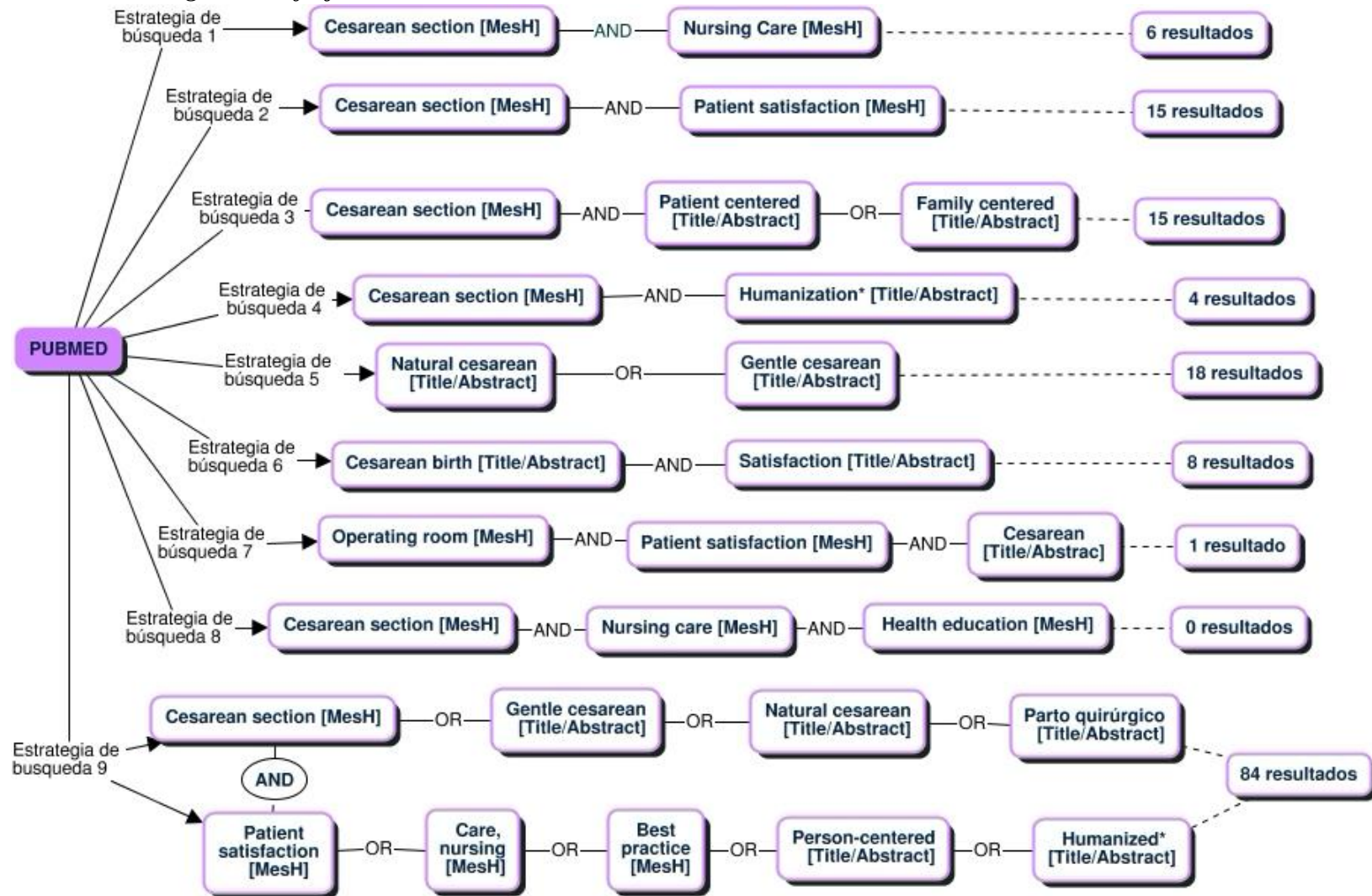
ANEXO 1. DIAGRAMAS DE FLUJO.

- FIGURA 1. *Diagrama de flujo Cinhal.*



Elaboración propia

▪ FIGURA 2. Diagrama de flujo Pubmed



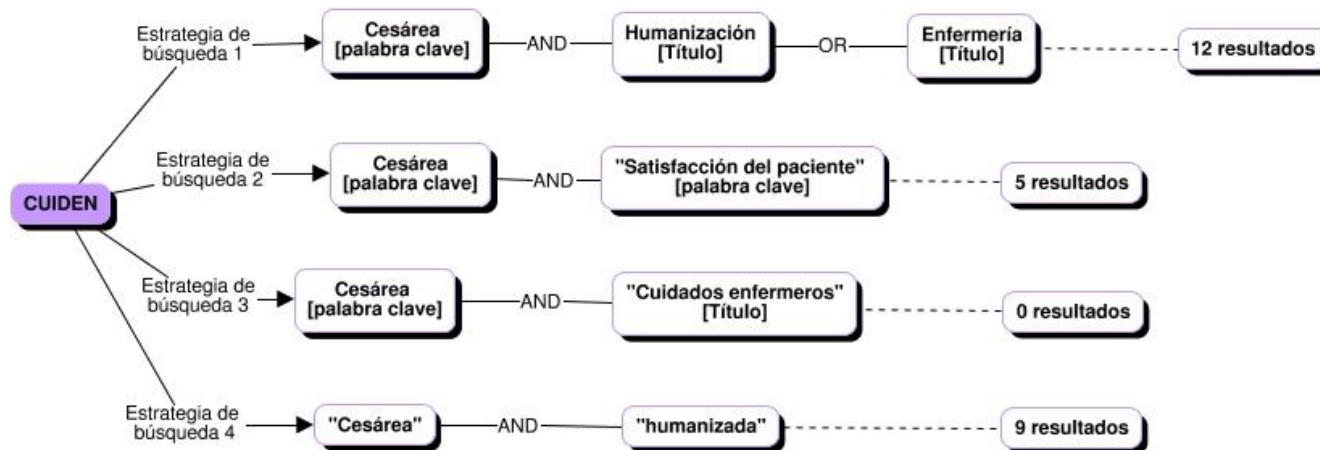
Elaboración propia

▪ **FIGURA 3. Diagrama de flujo Google Académico**



Elaboración propia

▪ **FIGURA 4. Diagrama de flujo Cuiden**



Elaboración propia

ANEXO 2. TABLA 7. Información de los artículos revisados.

Autores, año, país	Título	Diseño	Conclusiones
Quinlan, J.D. y Murphy, N.J. (21) 2015. Estados Unidos.	Cesarean delivery: counseling issues and complication management.	Revisión bibliográfica.	Las pacientes deben recibir consejos pre y post operatorios y un adecuado control del dolor postparto.
Loke, A.Y. et al. (22) 2019. Estados Unidos.	Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literatura on the views of stakeholders.	Revisión bibliográfica.	Identifica los factores que llevan a las mujeres a decidir una cesárea como modo de nacimiento. Concluye que la información aportada durante el parto por las obstétricas es clave en este proceso.
Blomquist, J.L. et al. (26) 2011. Estados Unidos.	Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth.	Estudio de satisfacción materna en dos grupos.	La satisfacción materna a las 8 semanas postparto es mayor en mujeres con una cesárea planeada frente a mujeres con parto vaginal.
Verbiest, S. et al. (28) 2016 Estados Unidos.	Postpartum Health and Wellness: A Call for Quality Woman-Centered Care.	Revisión bibliográfica.	Expone la necesidad de abarcar el posparto desde una visión familiar. Presenta la necesidad de un seguimiento y educación posparto para mejorarla salud materna y futuros embarazos englobando así a la mujer y la familia.
Kenyon, L. et al. (30) 2016 Reino Unido.	Improving the care pathway for women who request Caesarean section: an experience-based co-design study.	Estudio cualitativo.	Expone la necesidad de mejorar el proceso por el que pasan las madres en la elección de parto por cesárea, sobre todo en cuanto a la información disponible para tomar la decisión y las barreras que se encuentra.
Melman, S. et al. (31) 2017 Países Bajos	Identification of barriers and facilitators for optimal cesarean section care: Perspective of professionals.	Estudio cualitativo.	La atención estructurada puede beneficiar el cuidado de las mujeres, incrementando cuando hay buena coordinación entre los servicios de atención primaria y hospitalización, reduciendo la variación en la atención entre diferentes profesionales.

Autores, año, país	Título	Diseño	Conclusiones
Brady, K. et al. (32) 2014. Estados Unidos.	An Interprofessional Quality Improvement Project to Implement Maternal/Infant Skin-to-Skin Contact During Cesarean Delivery.	Proyecto de mejora de calidad interprofesional.	Se estudia la implantación de un programa de CPP precoz especialmente en quirófano durante la cesárea mediante un proceso colaborativo entre disciplinas, para así completar uno de los 10 pasos para ser considerado “baby-friendly”
Mercier, R. y Durante, J. (33) 2018 Estados Unidos	Physician and nurse perceptions of gente cesarean birth.	Estudio transversal con método mixto de análisis cualitativo y cuantitativo.	Identifica aspectos positivos y preocupaciones de los sanitarios ante la cesárea humanizada. Propone un programa de formación a los sanitarios, una implementación gradual y la presencia de una enfermera adicional.
Camann, W. (34) 2016. Estados Unidos.	The gentle family-centered cesarean.	Revisión bibliográfica	Se debe reenfocar la cesárea y se requiere de la cooperación de todas las disciplinas implicadas para poder implantar la cesárea natural.
Parada Rico, D.A. y Olivares, P.E. (35) 2015. Colombia	Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud.	Artículo de revisión mediante búsqueda bibliográfica.	Se debe favorecer la humanización de los cuidados y formación de los profesionales para proporcionarla para una mejor calidad del encuentro madre-hijo tras el parto.
Silva, T. et al (36) 2019. Brasil	Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care.	Estudio transversal.	Expone que la presencia de profesionales de enfermería reduce los ratios de cesárea y aumenta las buenas prácticas y reduce o elimina las prácticas que son dañinas para la mujer.
Martínez-Martínez, T. y Damian-Ferman, N. (37) 2014. México	Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal.	Revisión bibliográfica.	Identifica beneficios para madre y RN, como mejora de la lactancia materna, termorregulación, beneficio neurosensorial para el bebé y aumenta la sensación de un parto humanizado en la madre. Únicamente se destaca el paro cardiorrespiratorio como desventaja de este proceso.

Autores, año, país	Título	Diseño	Conclusiones
Sundin, S.C. y Mazac, B.L. (38) 2015. Estados Unidos.	Implementing skin-to-skin care in the operating room after cesarean birth.	Proyecto de mejora de calidad.	Realizar el piel con piel en el quirófano mejora la satisfacción materna y reduce la percepción de dolor de la mujer durante la operación.
Mesner, E. (39) 2018. Estados Unidos.	Overview of Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth.	Estudio cualitativo.	Se expone la falta de información y de educación tanto pre, intra y postparto en relación a los padres. Además de un rechazo en la inclusión en los procesos de parto.
Brüggemann, O.M. et al. (40) 2012 Brasil.	In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors.	Investigación cualitativa.	La presencia de un acompañante durante el parto resulta beneficiosa tanto para el proceso como el bienestar de la madre y recién nacido.
Martin, A. et al. (41) 2014. Estados Unidos.	Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery.	Estudio cualitativo sobre percepción de mujeres y sanitarios.	Los sanitarios necesitan formación para poder preparar a las mujeres para el periodo de postparto y así mejorar la satisfacción materna.
Aydin, S. et al (42) 2019 Turquía	Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth: A Cross-Sectional Study.	Estudio transversal.	Mayor satisfacción materna en partos por cesárea, Identifica mayor satisfacción con la información recibida, contacto inmediato con el RN y un buen control de dolor.
Alderdice, F. et al. (43) 2014. Reino Unido.	Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustments: findings from a population-based survey.	Encuestas maternas a los tres meses postparto.	El ajuste postnatal es peor en mujeres con parto por cesárea. Se debe mejorar el apoyo a las mujeres durante el embarazo para que estén preparadas para el postparto.

Autores, año, país	Título	Diseño	Conclusiones
Magee, S. et al. (44) 2014. Estados Unidos	Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery.	Estudio de casos. Programa de cesárea humanizada.	Satisfacción del paciente muy positiva tras llevar a cabo las medidas que permiten una cesárea más humanizada.
Schorr, M.N. et al.(45) 2015. Estados Unidos.	Implementing Family-Centered Cesarean Birth.	Revisión bibliográfica e implementación de un programa de cesárea humanizada.	Para la implantación de una cesárea humanizada que mejore la experiencia de parto de las familias resulta indispensable la cooperación interprofesional del equipo de salud.
Pérez, E y Rincón, J.(46) España.	Parto y cesárea humanizada (hospital de Villalba)	Plan de acción a nivel hospitalario.	Establece un protocolo de acción para implantarla cesárea humanizada en un hospital en la Comunidad de Madrid, España.
Wisner, K. (47) 2016 Estados Unidos.	Gentle Cesarean Birth	Revisión bibliográfica.	Expone todo tipo de medidas a llevar a cabo en un parto por cesárea humanizado, no solo centrándolo en la técnica del piel con piel.
Onsea, J et al. (48) 2017 Canadá	Exploring Parental Expectations and Experiences Around “Gentle” and “Standard” Caesarean Section.	Estudio de cohortes.	La cesárea natural provoca una disminución en la ansiedad y el miedo relacionado con el parto, mejorando así el propio proceso y la satisfacción materna.
Tillett,J.(49) 2015. Estados Unidos.	Gentle cesarean delivery.	Revisión bibliográfica.	La cesárea humanizada promueve una mejor unión, mejora el inicio y duración de la lactancia y la satisfacción materna.

Autores, año, país	Título	Diseño	Conclusiones
Zavala, J.O. (50) 2017 México.	Atenciones recibidas y satisfacción hospitalaria desde la percepción de ser madre: Componentes de una atención (humanizada) a la mujer en parto con base en la evidencia.	Tesis doctoral que comprende un conjunto de estudios cualitativos sobre experiencias de parto.	Realiza diferentes estudios que le llevan a concluir con la identificación de los componentes que se deben dar en la atención a la mujer durante el trabajo de parto.
Cerdán-Jimenez, M. et al. (51) 2016 España	Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano.	Estudio de casos a través de dos fases: fase de implantación del procedimiento y fase de encuestas de satisfacción.	La humanización de la cesárea resulta un procedimiento altamente gratificante para las mujeres y sus acompañantes.
Smith, J. et al.(52) 2008. Reino Unido.	The natural caesarean: a woman-centered technique.	Revisión bibliográfica.	La cesárea natural mejora la experiencia materna, lactancia y la unión madre-hijo. Para su implantación es necesario un enfoque de equipo multidisciplinar
Costa, M. et al (53) 2019 España	Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación.	Proyecto de investigación.	EL CPP es una práctica clínica segura y beneficiosa para ambos, madre y RN. Mediante un protocolo establecido, es posible asemejar todo lo posible el parto por cesárea a un parto natural.
Crenshaw, J. et al (54) 2019 Estados Unidos	Effects of Skin-to-Skin care during cesareans: a quasiexperimental feasibility/pilot study.	Estudio piloto cuasiexperimental con interrupción de tiempo y mujeres asignadas al azar.	El contacto piel con piel inmediato tras la cesárea es una intervención factible de realizar durante el postparto inmediato y de bajo coste.

Autores, año, país	Título	Diseño	Conclusiones
Posthuma, S. et al. (55) 2016. Países Bajos.	Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section. A retrospective cohort study.	Estudio retrospectivo de cohortes.	La realización del contacto piel con piel precoz no produce efectos adversos, sino beneficios, en la cesárea humanizada en comparación con la cesárea convencional.
Pérez, P. (56) 2017 España.	Descripción del contacto piel con piel durante las cesáreas realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante los años 2015 y 2016.	Trabajo de investigación. estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.	Demuestra un aumento de tasas de cesáreas, aumento de la realización del piel con piel tanto en la mujer como en el padre debido al aumento de registros. En los casos que hay lactancia materna, el piel con piel supera los 30 minutos.
De Alba, C. et al. (57) 2014. España	PostcesareanSection Skin-to-Skin Contact of Mother and Child.	Proyecto de investigación para implantar un protocolo de contacto piel con piel tras un parto por cesárea.	Este estudio concluye que el acompañamiento y el piel con piel generan grandes beneficios tanto para la madre como para el RN durante la cesárea.
Martínez Galán, P. et al. (58) 2012. España.	Satisfacción de la madre en el inicio de la lactancia materna tras la cesárea.	Estudio observacional descriptivo y prospectivo de cohortes.	El inicio precoz del piel con piel supone un beneficio a nivel de la lactancia y también en el aumento de la satisfacción materna.
Kintu, A. et al. (59) 2015. Uganda.	Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country.	Estudio descriptivo prospectivo de evaluación del dolor postcesárea.	El manejo del dolor no es adecuado tras la realización de una cesárea.
Jikijela, Thobeka P. et al. (60) 2018. Sudáfrica.	Caesarean section deliveries: experiences of mothers of midwifery care at a public hospital in Nelson Mandela Bay.	Diseño de investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria.	El dolor postcesárea mal controlado supone un impedimento para la lactancia materna precoz.